BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE PARIS.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENRI PLON,
IMPRIMEUR DE L'EMPEREUR,
RUE GARANCIÈRE, 8.

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1857-1858.

 TOME HUITIÈME.



PARIS
LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

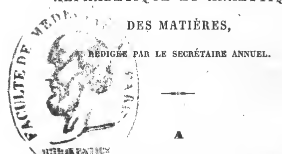
1858

TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES,

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL.



A

Abcès (guérison des) par résorption, 282, 300. Discussion, 485. — intracrânien chez un individu farcineux, 335. — enkysté du cul-de-sac recto-vaginal du péritoine, 415. — moniliforme, simulant un lipome, 163.

Abcès froids traités sans succès par l'injection de perchlorure de fer, 118.

Abcès par congestion d'origine vertébrale et ne communiquant plus avec les vertèbres, 271, 398. Sur la résorption des —, 429, 351, 352. Marche des — suivant leur nature, 425. Distinction des affections vertébrales qui produisent les abcès par congestion, 321, 322. Voyez *Vertébral* (mal).

Abcès par congestion (traitement des) par les injections iodées, 261. Discussion, 266, 282, 297, 307. Rupture d'un — pendant l'injection iodée, passage de l'iode dans le péritoine; mort en deux beures, 372.

Abdomen (kyste hydatique de l'), 467. Kystes innombrables de la paroi de l'— simulant un lipome, 460.

Adénoïde de la mamelle sécrétant du lait, 190. Sur les tumeurs —; mémoire de M. Goyrand, 186. Cas de M. Lenoir, 203. Discussion sur la nature et le siége des —, 205.

Amputation (à lambeaux, discussion sur l'), 215, 226. Amputations primitives et consécutives, 225, 232. Amputation dans les articles, 205. Voyez *Désarticulation*.

Amputation de l'épaule à lambeaux, deux observations, 217.

— coxofémorale faite avec succès, 220. Autre succès, 384. Discussion sur le procédé opératoire, 224.

— de la cuisse à un lambeau; nécrose et conicité du moignon, 377. *Id.* suivie d'infection purulente plusieurs jours après la cicatrisation complète, 446.

— au milieu de la jambe, 323. — double au lieu d'élection, 169.

— sus-malléolaire, examen de plusieurs moignons, 558, 588. Discussion sur l'amputation sus-malléolaire, 559. Discussion sur les procédés opératoires de cette amputation, 590. Amputation à la base des malléoles, 47. Amputalion intra-malléolaire, 48.

— tibio-tarsienne, 326.
— partielle du pied. Amputation de Chopart datant de 1844, très-bon résultat, 88. — datant de quarante ans, des deux côtés, sans élévation des talons, 324. — autre fait semblable, 325. Amputation à la scie au milieu des cunéiformes, 525; amputation du métatarse dans la continuité, 38; amputation tarso-métatarsienne mixte, 38.
— Amputations multiples. — des deux pieds dans l'articulation médio-tarsienne, 324, 325. — des deux jambes au lieu d'élection, 169. — des deux jambes au tiers moyen, 323. — sur les quatre membres du même individu par suite de congélation; guérison, 389.
Amputation du col utérin par l'écraseur linéaire, 563; discussion, 564. — *Id.* par l'instrument tranchant, pronostic de cette opération, 565, 566, 568, 574.
Anévrysmes. Anévrysme traumatique de l'artère coronaire labiale, stationnaire depuis vingt-cinq ans, 143. — *id.* de la cubitale ne communiquant qu'avec le bout inférieur, 367; cas semblable sur la radiale, 369.
— (*traitement des*). Anévrysme faux primitif de la brachiale continuant à s'accroître malgré la ligature, 170; rectification relative à ce fait, 183. — faux primitif de la fémorale, amputation, mort, 242. Deux — traumatiques de l'avant-bras traités par la méthode ancienne, 367, 369, 370. Injection de perchlorure de fer dans un — du tronc brachio-céphalique, 128.
— (traitement des) par la *compression indirecte*, 114. Deux observations d'anévrysmes poplités traités par cette méthode, 129. Autres anévrysmes poplités traités de la même manière, 463, 465, 472, 577. Anévrysme de l'humérale oblitéré après deux heures et demie de compression totale, 472. *Procédé de la compression digitale.* Observations et discussions, 114, 133, 142, 144, 400, 402, 404, 464.
Anévrysme cirsoïde de la temporale guéri par une injection de perchlorure de fer, 227; discussion sur cette méthode, 230, 240. Anévrysme cirsoïde énorme du cuir chevelu récidivé après la ligature d'une carotide primitive et traité quarante ans après par la ligature, 119, 124, 127; fin de l'observation, 240. Discussion sur le traitement des anévrysmes cirsoïdes, 124.
Anesthésie locale. Appareil de Fordos pour injecter l'acide carbonique imprégné de chloroforme, 195.
Anorchidie congéniale. Cas douteux, 75.
Anus contre nature traité avec succès par l'entérotomie suivie d'autoplastie et de cautérisation, 108. — *id.* guéri à la suite de plusieurs opérations, 111.
Aorte (plaie de l'), 106.
Aponévrose palmaire (rétraction de l'), traitée avec succès par l'excision, 506.
Appareils à eau de Seltz (explosion des), 42, 122, 123.
Appareil inamovible dans le traitement du mal vertébral, 405.
Appareil prothétique pour remplacer le triceps de la cuisse après la rupture du tendon rotulien non suivie de réunion, 441.
Artères (traitement des plaies des) par la ligature à distance, 478, 482.

Artère fémorale (plaie de l'), amputation, mort, 242. — *id.* ligature, mort, 244.
Artère axillaire (plaie probable de l'), ligature de la sous-clavière; guérison, 478.
Artère temporale (varices artérielles de l') guéries par l'injection de perchlorure de fer, 227; discussion sur cette méthode, 230.
Artères, voyez *Anévrysmes*.
Arthrites douloureuses (traitement des) par le redressement, 453.
Arthrite vertébrale, 377, 386, 399, 422, 440.
Asphyxie produite par un morceau de viande arrêté sur l'orifice supérieur du larynx, 378.
Atrophie douloureuse des muscles de l'épaule, 558.
Autoplastie appliquée avec succès au traitement d'un anus contre nature, 108. Procédé de Warthon Jones appliqué au traitement d'une cicatrice de brûlure unissant le bras à la poitrine, 195. Voyez *Restauration*.

B

Balle introduite par un coup de feu à la joue et extraite six mois après dans la région sus-claviculaire, 209.
Bandages herniaires de M. Féron. Rapport de M. Follin, 254. Discussion, 259.
Battements de la voûte du crâne (remarques sur les), 146.
Bec-de-lièvre (discussion sur le procédé de M. Mirault pour le), 50.
Biceps brachial (tumeur du), 23.
Blépharoplastie, 106.
Bol alimentaire arrêté sur l'orifice du larynx et déterminant l'asphyxie, 378.
Bombes fulminantes du 14 janvier (blessures produites par les), 305, 460.
Bosse sanguine du crâne avec fracture probable, 182.
Bourse muqueuse prérotulienne (hygroma de la), traité par l'ablation, 144, 145.
Boutonnière urétrale périnéale (rétrécissement consécutif d'une), 58. Opération de la — pour retrouver le bout postérieur après les ruptures de l'urètre, 86, 97.
Brachiotomie (discussion sur la) dans la présentation du bras, 71, 79.
Bras (tumeur du), 23; cancer encéphaloïde du —, 167.
Bras artificiel, 366.
Brûlure de l'épaule suivie de kéloïde chez un enfant, 202. Cicatrice de —, unissant le bras à la poitrine, et traitée par le procédé de Warton Jones, 195.

C

Calcul du bassinet rendu par l'urètre, 524.
Cancer (curabilité du), 245. Récidive du —, relevé de M. Heyfelder père, 394. Cancer de l'œil, 166; — de la région claviculaire, 212; — de la partie supérieure du bras, 167; — du col du fémur avec fracture spontanée, 571; — de la langue, récidivé au bout de trois ans, 179. Voyez *Langue*. Note de M. Leplé sur les — de la cavité buccale, 212.

Cancroïde de la joue opéré seize fois en vingt-deux ans, et n'ayant récidivé que dans la cicatrice, 186. — de la lèvre inférieure, guéri par une seconde opération; guérison datant de six ans, 246. Voyez *Épithélioma.*

Carie en général, sa curabilité, 272. Carie syphilitique, existe quelquefois sans suppuration, 352. Carie vertébrale (guérison spontanée de la) avec persistance de l'abcès par congestion, 273, 399. Parallèle de la carie vertébrale et des tubercules vertébraux, 424, 511. Voyez *Mal vertébral.*

Carotide primitive (accidents cérébraux consécutifs à la ligature de la), 241. Ligature des deux — pour un anévrysme cirsoïde du cuir chevelu à quarante ans d'intervalle, apoplexie foudroyante peu de jours après la seconde ligature, 119, 120, 124, et p. 240 pour la fin de l'observation.

Cathétérisme du larynx et de la trachée, 128.

Cathétérisme rétrograde de l'urètre à travers une ponction verticale hypogastrique, 98, 100, 112.

Caustiques (discussion sur le traitement des tumeurs par les), 157, 171.

Cautérisation d'une tumeur du sein, produisant la mort par excès de douleur, 172. — légère de l'anus, suivie de mort en peu de jours, 174. — au chlorure de zinc, suivie d'hémorrhagie grave, 173. Érysipèle de la face et du cuir chevelu consécutif à la cautérisation d'une petite tumeur, 174. Ablation des tumeurs par la cautérisation, 156, 170. Perforation de la paroi thoracique par une flèche caustique introduite dans une tumeur du sein; entrée de l'air dans la plèvre à la chute de l'eschare, 170. Érysipèle et infection putride consécutifs à la. — au chlorure de zinc par la méthode de Girouard, 176. Pleuro-pneumonie consécutive à la — d'un cancer du sein, 161.

Cautérisation au fer rouge pour guérir les cancroïdes de la face, 215.

Céphalœmatome (traitement du), 182-3.

Cerveau (hémorrhagie traumatique énorme dans le) sans paralysie. 447.

Cervelet (tubercules du), 447.

Chlorure de zinc. Voyez *Caustiques.*

Chondrome du doigt médius, 45, 53; — du doigt, 291.

Cicatrices vicieuses (restauration des), 195, 401.

Cœur (rupture du) dans une contusion de la poitrine, 539.

Col du fémur (fracture extra-capsulaire du) parfaitement consolidée, 278, 293. Discussion sur la fréquence relative des fractures intra et extra-capsulaires, 294. Cancer du col du fémur avec fracture spontanée, 571.

Col de l'utérus (amputation du) par l'écraseur linéaire, 563. Discussion, 564, 574. Voyez *Amputation.*

Colonne vertébrale. Voyez *Vertèbres* ou *Vertébral.*

Compression cérébrale (discussion sur la), 449.

Compression digitale. Voyez *Anévrysmes.*

Compression indirecte appliquée sans succès au traitement des varices artérielles, 228. Voyez *Anévrysmes.*

Concrétions ossiformes en avant des deux ligaments rotuliens, 307.

Congélation des deux pieds, 38; *id.*, 236; *id.* et amputation médio-tarsienne des deux côtés, 324, 325. — des quatre membres et quatre amputations suivies de succès, 389. Discussion sur le traitement de la gangrène par congélation, 337.

Conicité du moignon, 377.

Contusion avec décollement, suivie d'épanchement de sérosité, 527. Accidents tardifs de la — cérébrale, 451. Contusion centrale d'un poumon, 593. — des os chez les enfants, 399.

Cordon spermatique (nouvel appareil glanduleux du) pouvant donner naissance à des kystes, 407. Discussion de priorité, 409, 417.

Corps de Rosenmüller, 410; analogue du — chez l'homme, 407. Discussion de priorité, 409, 417.

Corps étrangers des fosses nasales, 364. — dans le canal médullaire du fémur, 460. Voyez *Balle*.

Corps fibreux de l'utérus. Voyez *Utérus*.

Côtes (fractures de presque toutes les), 539.

Cou (kystes sanguins du), 124.

Coude (luxation incomplète du) en dedans, 55.

Courbure de l'humérus à angle droit chez un jeune enfant, 102.

Coxalgie (redressement de la hanche dans la), 457. — avec fistule, traitée sans succès par les injections iodées, 260; même traitement suivi de succès, 267-8.

Crâne (fêlures du) ne se consolident pas, 149. Discussion sur ce sujet, 152-156. Fracture du —, 593. Fracture très-grave du —, guérie avec déformation permanente, 154. Fracture du — produite par le forceps, 241; *id.* produite dans l'accouchement par la pression de l'angle sacro-vertébral, et démontrée par l'autopsie, 238. Fracture de la base du — guérie avec surdité permanente, 121. Relation entre le siége, la direction et les causes des fractures de la base du crâne, 121. Voyez *Fractures*.

Crâne (suppuration sous la voûte du) chez un individu farcineux, 335.

Crâne (tumeur de la voûte du). Tumeur fibro-plastique, 52. Autre tumeur fibro-plastique des os du — ayant déterminé la mort au bout de vingt ans, 276. Tumeur douteuse, 52. Tumeurs veineuses traumatiques fluctuantes et pulsatiles de la voûte du crâne. Mémoire de M. Azam, 246. Discussion, 251, 264. Cas d'un enfant de quatorze mois, 139, 145. Autre cas chez un enfant de six mois, 141. Tumeur sanguine de la voûte du —, 182.

Cryptorchidie double, 75.

Cuisse (lipome en nappe de la), 165.

D

Dent de sagesse (accidents produits par la) et traités par la résection du maxillaire inférieur, 157, 166.

Désarticulation des membres, mémoire de M. Coste, 205. Discussion sur la — du maxillaire inférieur par le procédé de l'arrachement, 507, 519, 526. (Voyez *Maxillaire inférieur*.) Discussion sur la désarticulation de l'épaule dans la présentation du bras, 71, 79. Voyez *Amputation*.

Discours de M. Chassaignac en quittant la présidence, 20. — de M. Bouvier en prenant la présidence, 22.

Disjonction de la suture lambdoïde, 593.

Doigt (chondrome du), 45, 53, 291. Éléphantiasis congénial de deux doigts, 101. Hypertrophie éléphantiasique (?) de deux doigts sur un enfant, amputation guérie, 168. Réunion congéniale ou accidentelle des doigts. Voyez *Syndactylie*.

E

Eau de Seltz (appareil à), leur explosion, 42, 122, 123.
Écrasement linéaire, 110. Discussion sur l'— pour l'amputation du col utérin, 563.
Ectropion de la paupière supérieure, 106.
Éléphantiasis congénial de deux doigts, 101. Autre cas semblable; double amputation, 168.
Encéphalocèle du grand angle de l'œil, 524.
Enchondrome. Voyez *Chondrome*.
Enfoncement du crâne avec fracture sur un nouveau-né, 238.
Entéro-épiplocèle étranglée, disposition singulière du gros intestin autour du collet, 387.
Entérotomie dans un cas d'anus contre nature, succès, 108.
Épanchement de sérosité consécutif à une contusion avec décollement de la peau, 527. Énorme — de sang dans le cerveau sans symptômes de paralysie, 447.
Épaule (désarticulation de l'), deux observations, 217. *Id.* pour une tumeur fibro-plastique de l'avant-bras, 66. *Id.* dans l'accouchement par le bras, 71, 79. Luxation de l'— en haut, rapport de M. Morel-Lavallée, 490. Discussion, 472. Atrophie douloureuse des muscles de l'—, 558. Tumeur fibro-plastique de l'—, 66.
Épispadias complet sans écartement de la symphyse, 252.
Épithélioma (curabilité de l'), 185. Épithélioma de la langue, récidivé au bout de deux ans dans les ganglions, 587. Discussion sur la gravité de l'— de la langue, 180, 184. Voyez *Cancroïde*.
Érectiles (traitement des tumeurs) par la vaccination, 265.
Érysipèle consécutif à la cautérisation, 174, 176, 178.
Éventration énorme consécutive à une contusion de l'abdomen, sans plaie à la peau, 517.
Exophthalmie, 104, 111.
Exostose médio-palatine, 306.
Exstrophie vésicale ne remontant pas jusqu'à l'ombilic, 416. Autres cas d'exstrophie, 400, 365.
Extension continue dans le traitement du mal de Pott avec gibbosité; rapport de M. Gosselin, 311; discussion, 318, 331. Mémoire de M. Bouvier, 336.

F

Farcin chronique avec formation d'un abcès sous la dure-mère, 335.
Fémorale (artère). Voyez *Artère*.
Fémur (fracture spiroïde du), 462. Fracture de l'extrémité inférieure du — avec fracture verticale inter-condylienne, amputation et mort, 304. Éclat de bombe arrêté dans le canal médullaire du —, 462. Voyez *Fracture* et *Col du fémur*.

Fibro-plastique (diathèse) et généralisation, 237, 379. Tumeur fibro-plastique de l'avant-bras et de l'épaule, 66; — de la voûte du crâne, 62; — de la tête du péroné, 237; — de la cuisse, 348, 379; — du genou, ayant récidivé plusieurs fois, et suivie de mort, 62; — des os du crâne, ayant déterminé la mort au bout de vingt ans, 276.

Fissure des os longs; mémoire de M. Houël, 147; discussion, 152–156.

Fistule anale (traitement de la) par l'ablation, 445. Fistule urinaire, 26.

Foie (kyste hydatique du), 467. *Id.* guéri par une simple ponction, 467–8.

Fractures en général. Fracture spontanée d'un os cancéreux, 571. Paralysie des membres comme cause prédisposante des —, 207. Discussion, 212. Fractures linéaires des os longs et fissures des os plats, mémoire de M. Houël, 147; discussion, 152, 154.

Fracture incomplète de l'humérus d'un enfant consolidée à angle droit, 102.

Fracture non consolidée du fémur, traitée avec succès par la résection, 383.

Fractures en particulier. Fractures de la base du crâne, leur siége et leurs causes, 121. Fracture probable du pariétal chez un enfant de quatorze mois, 139, 145. — du pariétal chez un enfant de six mois, avec tumeur sanguine, ponction, mort, 141. Voyez *Crâne* (fractures du). Fractures des côtes et du crâne, 593; — multiples du sternum et de presque toutes les côtes, 539; — de la mâchoire par un coup de feu, 209. Fracture du col chirurgical coïncidant avec la luxation de l'humérus; discussion de ce cas particulier. 521, 522. — du col anatomique de l'humérus, 526. Fracture du col du fémur. Voyez *Col du fémur*. — spiroïde du corps du fémur, 462; — sus-condylienne et intercondylienne du fémur, 206; — de l'extrémité inférieure du fémur avec fracture verticale inter-condylienne; amputation consécutive et mort, 304; — en V du tibia, 333, 385; — par écrasement de l'extrémité inférieure du tibia, 334.

G

Ganglions engorgés autour des cancers peuvent n'être pas cancéreux, 161, 162.

Gangrène sèche, élimination naturelle au tiers supérieur de la jambe, moignon régulier, 417. Gangrène simultanée des deux pieds, amputation des deux jambes au tiers moyen, 323. Gangrène par congélation. Voyez *Congélation*.

Genou (redressement du) dans les arthrites et les arthralgies, 453. Tumeur fibro-plastique du —, 62.

Gland (tumeur du), 292, 335.

Grenades fulminantes (blessures produites par les) du 14 janvier, 305, 460.

Gutta-percha (appareil de) pour maintenir les fractnres du maxillaire inférieur, 571.

H

Hanche (désarticulation de la) avec succès, 220; autre succès, 384. Discussion sur le procédé opératoire, 224. Redressement de la hanche dans la coxalgie, 457. Voyez *Coxalgie*.

Hématocèle rétro-utérine ayant simulé une tumeur solide, 105.

Hémorrhagie instantanément mortelle pendant une excision du col de l'utérus, 570. Hémorrhagie grave consécutive à la cautérisation d'une tumeur du sein par la pâte de Canquoin, 173.
Hémorrhoïdes enlevées par écrasement linéaire, 110.
Hérédité des loupes pendant quatre générations, 23.
Hernies. Bandages de M. Féron, rapport de M. Follin, 254; discussion, 259. Hernie énorme par éventration consécutive à une contusion sans plaie à la peau, 517. Discussion sur le siége de la hernie congéniale et sur la rareté de la hernie testiculaire ou vaginale, 413, 469. Hernie étranglée dans la tunique vaginale, 570. Hernie crurale étranglée, 108. *Idem*, sac à deux collets superposés, 386. Entéro-épiplocèle étranglée; disposition singulière du gros intestin autour du collet, 387. Hernie péri-ombilicale étranglée, 89. Hernie des deux ovaires, l'un d'eux malade, 532.
Hernie musculaire au bras, 23.
Humérus. Voyez *Fractures*.
Hydatides. Voyez *Kystes hydatiques*.
Hygroma hématique volumineux traité par l'extirpation, 144, 145.
Hyperostose fibro-plastique du crâne, 280.
Hypertrophie congéniale des deux membres droits, 452; *id.* de deux doigts, 101. Hypertrophie partielle de la mamelle, 186, 203. Discussion sur la nature et le siége de ces tumeurs, 205.
Hypospadias avec torsion congéniale de la verge, 68. Urétrogénie pour remédier à l'—, 68. Hypospadias accidentel avec oblitération de l'urètre, 58. Discussion sur l'— accidentel, 59.

I

Infection purulente survenue plusieurs jours après la cicatrisation d'une amputation, 446. Consécutive à la contusion des os chez les enfants, 399.
Infiltration d'urine, 76.
Injection iodée dans un kyste de l'ovaire; guérison, 119. Intoxication à la suite d'une —, 288. Injection iodée poussée dans un abcès par congestion et pénétrant dans le péritoine à travers une rupture de la poche, mort en deux heures, 372. Insuccès des — dans un cas de coxalgie avec fistule, 260. Succès des — dans un cas semblable, 267. Discussion sur la valeur des — dans le traitement des maladies osseuses ou articulaires, 261, 266, 282, 297, 307.
Injection de perchlorure de fer. Voyez *Perchlorure*.
Instruments pour la ligature extemporanée, 576.
Iode (teinture d') appliquée avec succès comme topique sur la peau qui recouvre les abcès froids, 282. *Id.* sur les tumeurs blanches, 283. *Id.* sur les bubons. Voyez *Injections iodées*.
Iris (absence congéniale de l') avec nystagmus, sans cataracte, 239.

J

Jambe. Voyez *Amputation*.
Jarret (lipome dans chaque), 83. Voyez *Anévrysme*.
Joue (kyste sanguin de la), 111, 117. Coup de feu à la —, extraction de la balle six mois après dans la région sus-claviculaire, 209.

K

Kéloïde de l'épaule, suite de brûlure, chez un enfant, 202.

Kystes hydatiques de l'abdomen, 467-9. Kystes innombrables de la paroi abdominale simulant un lipome, 460. — sanguin veineux, 124. — sanguin de la joue, simulant un lipome, 111, 117. — de l'ovaire; injection iodée, et guérison, 119. — Kystes du cordon spermatique, leur siége dans un nouvel organe glanduleux, 407. — Discussion de priorité, 409, 417. Étiologie des — spermatiques, 411. Origine des — à spermatozoïdes, 412. Kyste situé derrière l'angle de la machoire, pris pour une tumeur veineuse, 263. — Kyste à contenu transparent trouvé dans une vertèbre, au niveau d'une gibbosité, 349.

L

Langue (cancers et cancroïdes de la), 179, 245, 587. Ablation des tumeurs de la — par écrasement linéaire, 110. Discussion sur la gravité des cancers et des épithéliomas de la langue, 180, 184, 213.

Larynx (nécrose du) nécessitant la trachéotomie, 586.

Lèvre inférieure (épithélioma récidivé de la); guérison obtenue par une seconde opération, et persistant au bout de six ans, 246.

Ligature extemporanée, 576.

Ligature de la fémorale pour un anévrysme poplité, 129; — de la sous-clavière pour une plaie des vaisseaux de l'aisselle, guérison, 478. — Voyez *Anévrysme, Artère* et *Carotide.*

Lipome volumineux du cou, 40; — en nappe de la cuisse, simulant un abcès, 165 — dans les deux creux poplités, paraissant réductibles, 83, 163; — congénial s'étendant de la nuque au sacrum, ablation, 166.

Loupes (hérédité des) pendant quatre générations, 23.

Luxation incomplète du coude en dedans, 55. — de la tête humérale avec fracture du col anatomique, 526; — *id.* avec fracture du col chirurgical; procédé de M. Richet appliqué sans succès, 521. Discussion sur ce point, 522. Rapport de M. Morel-Lavallée sur la — de l'épaule en haut, 490. — Discussion, 472.

M

Main artificielle, 366.

Mal perforant de la jambe, 48.

Mal vertébral de Pott. Voyez *Vertébral* (mal).

Mamelle (tumeurs adénoïdes de la). Mémoire de M. Goyrand, 186. Discussion sur la nature et le siége de ces tumeurs, 205. Cautérisation d'une tumeur de la —, flèche caustique ayant perforé la plèvre, 170.

Maxillaire inférieur fracassé par une balle, guérison, 209. Fracture du — maintenue par l'appareil de gutta-percha, 571. Tumeur myéloïde du —, 489. Résection du —, 19, 157, 166, 489. Discussion sur la désarticulation du — par le procédé de l'arrachement, 507, 519, 526.

Maxillaire supérieur (résection du) pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens, 16, 19, 384.

Membres (hypertrophie congéniale des deux) du côté droit, 452. Parallèle des — supérieurs et des — inférieurs, 396.
Membre artificiel pour la protbèse du membre thoracique, 366.
Moelle des os (ossification de la), 462.
Muscle (hernie du) biceps brachial, 23. Atrophie douloureuse des muscles, 558.
Myéloïde (tumeur de la machoire inférieure), 489.

N

Nasales (fosses). Corps étrangers divers, 364.
Nécrose totale de la tête humérale, guérison, 291. — et conicité du moignon de la cuisse, 377. — du larynx nécessitant la trachéotomie, 586; — vertébrale guérie avec gibbosité et enkystement des séquestres, 353. — vertébrale sans gibbosité, 354.
Nystagmus avec absence de l'iris et strabisme sans cataracte, 239.

O

Occlusion membraneuse congéniale du vagin, opérée avec succès, 108.
Œil (cancer de l'), 166.
Orbite (encéphaloïde de l'), 524. Tumeur de l' — avec exophthalmie, 111.
Orteil. Voyez *Syndactylie.*
Os (contusion des) chez les enfants, 399; fissure des — ne se cicatrisent presque jamais, 147; discussion, 152, 156. — Discussion sur l'action des injections iodées dans le traitement des maladies des os, 261, 262, 267, 273, 287, 297.
Ossification de la moelle des os, 462. Prétendues — développées en avant des deux ligaments rotuliens, 307.
Ovaire (kyste de l'), guéri par injection iodée, 119. Hernies des deux —, 532.

P

Palais. Voyez *Voûte palatine.*
Palmaire (rétraction de l'aponévrose) guérie par l'excision, 506.
Pansements rares à la suite des amputations, 233-236.
Parallèle des membres thoraciques et abdominaux, par M. Ch. Martins, 396.
Paralysie du membre inférieur, cause prédisposante des fractures du corps du fémur, 207. Discussion, 212.
Perchlorure de fer (discussion sur les injections de) dans les veines, 118, 120. Injection de — dans un anévrysme brachio-céphalique, 128. Injection de — dans les abcès froids, 118. Injection de — pratiquée avec succès dans un anévrysme cirsoïde de l'artère temporale, 227. Discussion, 230, 240. Réclamation de priorité sur la découverte de l'action hémostatique des sels de peroxyde de fer, par M. Monsel, 194.
Péritoine (dangers de la pénétration de l'iode dans le), 372, 376.
Péroné (tumeur fibroplastique de la tête du), 237.

Phlébectasies circonscrites et enkystées, 118.
Phlegmon sous-péritonéal, 420. Pièces relatives au siége et à la nature du — périutérin, 415.
Pied. Voyez *Congélation* et *Amputation.*
Plagiat de M. José Prô, commis aux dépens de M. Thompson, 527, 535, 562.
Plaies (réunion immédiate des), 39.
Pleuro-pneumonie consécutive à la cautérisation d'un cancer du sein, 161.
Plèvre ouverte par la cautérisation d'un cancer du sein; introduction de l'air dans cette séreuse à la chute de l'eschare, 170, 177.
Polype nasopharyngien enlevé pour la seconde fois, 127. *Id.* après résection partielle du sinus maxillaire, 16, 384. Discussion sur le traitement de ces polypes, 17.
Polype utérin encore enlevé par écrasement linéaire, 110.
Ponction simple d'un kyste hydatique du foie suivie de guérison, 467. Ponction vésicale hypogastrique, 98, 112. Discussion sur la — de la vessie, 474, 483.
Poplité. Voyez *Anévrysme.*
Pott (discussion et interprétation des travaux de) sur le mal vertébral, 321, 343, 345, 348, 356, 437. *Mal vertébral de Pott,* voyez *Vertébral* (mal).
Poumon (contusion centrale du), 593.
Prô (plagiat de M. José), commis aux dépens de M. Thompson, 527, 535, 562.
Prothèse. Bottine simple adaptée au moignon après l'amputation intra-malléolaire, 48. — Jambe artificielle d'Altenfeld, 54. — Bras artificiel de M. de Beaufort, 366. — Nouvel appareil destiné à remplacer le triceps de la cuisse, 441.

R

Récidive du cancer, lettre de M. Heyfelder père, 394. — des tumeurs fibro-plastiques, 237. Voyez *Cancer.*
Redressement des arthrites douloureuses, 453. — des gibbosités produites par le mal vertébral, 311, 318, 334, 336, 349, 354.
Résection d'une fracture non consolidée du fémur, succès, 383. — du maxillaire inférieur, 19, 157, 166, 489; discussion du procédé de l'arrachement, 507, 519, 526. — du maxillaire supérieur pour l'ablation des polypes nasopharyngien, 16, 384.
Restauration des cicatrices vicieuses, 195, 401.
Rétention d'urine, 26.
Réunion immédiate après l'ablation d'un lipome volumineux, 39.
Rotulien (tendon). Voyez *Tendon rotulien.*
Rupture du cœur de cause traumatique, 539; — de l'urètre, 76, 78, 86, 97. — du tendon rotulien, non réunie et traitée par un nouvel appareil prothétique, 441.

S

Sac herniaire crural à deux collets superposés, étranglement, 386.
Scorbutiques (ulcérations) pénétrant dans les deux articulations tibio-tarsiennes et nécessitant l'amputation des deux jambes, guérison, 169.

Sinus longitudinal supérieur communiquant avec une tumeur veineuse extra-crânienne, 248, 250, 264, 265.
Sinus maxillaire (résection du) pour l'ablation d'un polype naso-pharyngien, 16
Sous-clavière. Voyez *Ligature.*
Sternum (fractures multiples du), 539.
Strabisme consécutif à une absence congéniale des deux iris, 239.
Suture lambdoïde (disjonction de la), 593.
Symblépharon (traitement du) par un nouveau procédé antoplastique, 401.
Syndactylie congéniale opérée par le procédé de M. Didot, 84. — complète des pieds et des mains, 120. — Traitement de la — par les procédés autoplastiques, 401.

T

Taches pigmentaires, 69.
Tendon rotulien (rupture du), absence totale de réunion, nouvel appareil prothétique, 441.
Testicules. Voyez *Anorchidie* et *Cryptorchidie.*
Trachéotomie pour une nécrose (?) du larynx; canule ne pouvant être enlevée au bout d'un an, 586.
Tumeurs (amputation des), par les caustiques, méthode de M. Girouard, 156, 157, 175. Traitement des — par la cautérisation, voyez *Cautérisation.* Tumeurs sanguines de la voûte du crâne, 182, 139, 145, 141. Tumeurs veineuses traumatiques et réductiles de la voûte du crâne, mémoire de M. Azam, 246, discussion, 251, 264. — sanguine veineuse près de l'angle de la mâchoire, 111 et 117 — *id.* de la veine céphalique à l'épaule, 118. Tumeur du biceps brachial, 23. — doutense (chondrome?) de la voûte du crâne, 52. — athéromateuses multiples et héréditaires, 23. Voyez *Cancer, Epithélioma, Fibroplastique, Adénoïde, Myéloïde,* et chaque organe en particulier.
Tubercules du cervelet, 447.
Tubercules des os, leur curabilité, 272. Parallèles des — vertébraux et de la carie vertébrale, 424, 511. Voyez *Mal vertébral.*
Tympanite simulant une grossesse extra-utérine, 16.

U

Uranoplastie par un nouveau procédé, 513.
Urètre (division congéniale de l'), 252, 68. Dilatation ampullaire énorme de l' —, 419. Oblitération de l' — dans un cas d'hypospadias accidentel, 58. Déchirure complète de l' —, 76, 78, 97; discussion, 86. Discussion sur l'opération de l'urétrogénie ou création d'un urètre artificiel, 60-62, 68, 70.
Urétroplastie, 29.
Urétrotomie externe, 58, 76, 78, 86, 97.
Utérus (polype de l') enlevé par écrasement linéaire, 110. Tumeur fibreuse de l' — avec suppuration centrale, 93. Changements que subissent les corps fibreux de l' — pendant la grossesse et après l'accouchement, 94. Leurs variétés, 96. Utérus (col de l'). Voyez *Col de l'utérus.*

V

Vaccination (traitement des nævi materni par la), 265.

Vagin (occlusion membraneuse congéniale du) avec accumulation du sang menstruel, opération suivie de succès, 108. Vagin oblitéré à la suite d'une cautérisation du col utérin par le sous-nitrate de mercure, et rétabli par une opération, 400.

Varices (traitement des) par les injections du perchlorure de fer, 119.

Varices artérielles du cuir chevelu traitées par la ligature des deux carotides, à quarante ans d'intervalle, 119, 124, 127. Fin de l'observation, 240. — de l'artère temporale guéries par une injection de perchlorure de fer, 227. Discussion sur le traitement des —, 124, 230, 240.

Veines (dilatation circonscrite des), 118. Tumeurs veineuses. Voyez *Tumeurs*.

Ventricules cérébraux (énorme épanchement de sang remplissant les quatre) sans symptômes de paralysie, 447.

Verge (torsion congéniale de la) avec hypospadias, 68. Voyez *Hypospadias*, *Épispadias* et *Gland*.

Vertébral (mal), discussion sur l'unité ou la multiplicité des affections désignées sous ce nom, 321, 322, 342, 345, 349, 350, 384, 511. Mémoire de M. Broca, 421. Mémoire de M. Bouvier, 540. Discussion historique sur la signification des travaux de Pott. Voyez *Pott*.

Rapport de M. Gosselin sur le traitement du mal vertébral par l'immobilité prolongée et le redressement gradué, 311. Discussion, 318, 331, 336, 349, 354. Traitement de — par les appareils inamovibles, lettre de M. Kuhn, 405.

Mal vertébral sans abcès, 321, 350, 353, 392; — avec abcès, sans gibbosité, 398. Sur la guérison spontanée du —, 321.

Mal vertébral tuberculeux, 424, 511. Sa curabilité, 272.

Carie vertébrale avec abcès par congestion, 386.

Abcès vertébraux guéris par les injections iodées, 262, 266, 284, 290. — ne communiquant plus avec le squelette, 271, 398. Voyez *Abcès par congestion*.

Arthrite vertébrale, 377, 386, 399, 422, 440.

Nécrose vertébrale. Voyez *Nécrose*.

Vertèbre (kyste à contenu transparent dans le corps d'une) au niveau d'une gibbosité, 349.

Vessie excessivement rétractée, 420. Exstrophie de la —, 365, 400, 416. Ponction de la —, 98; ponction de la — suivie du cathétérisme rétro-urétral, 112. Discussion sur la ponction de la —, 474, 483.

Voûte palatine (exostose médiane de la), 306. Perforation de la —, 458. Perforation traumatique de la —, 516. Autoplastie de la — par un nouveau procédé, 513.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TABLE DES AUTEURS.

A

ABEILLE, 297.
AFFLATET, 223.
ALTENFELD, 54, 58.
ANCELET, 163, 307.
ARLAUD, 26.
AZAM, 246.

B

BAIZEAU, 513.
BEAUFORT (de), 360.
BÉGIN, 562, 574.
BERNARD (de Moulins), 170, 183.
BIALLET, 416.
BLOT, 79.
BOINET, 25, 119, 143, 158, 266, 284, 301, 303, 376, 407, 468, 474, 524, 532.
BOURGUET, 472, 490.
BOUVIER, 22, 336, 354, 356, 511, 513, 540.
BROCA, 38, 125, 227, 231, 241, 269, 297, 320, 324, 333, 345, 371, 377, 384, 404, 421, 441, 445, 450, 457, 460, 464, 472, 488, 511.

C

CADE (Amable), 183.
CARON, 16.
CAZEAUX, 74, 93, 97, 269, 534, 566.
CHASSAIGNAC, 20, 52, 58, 60, 67, 75, 100, 110, 111, 112, 124, 127, 185, 252, 264, 274, 306, 318, 333, 334, 335, 371, 383, 389, 398, 449, 452, 455, 458, 468, 470, 472, 474, 485, 487, 506, 507, 510, 533, 563, 567, 587, 590, 594.
CLOQUET, 154, 159, 186, 295, 351, 354, 365, 366, 413, 449, 468, 469, 470, 531.
COSTE, 315, 233.
CULLERIER, 488.

D

DANYAU, 74, 95, 238, 400.
DEBOUT, 260.
DECÈS, 401, 417.
DEGUISE fils, 84, 104.
DELACOUR, 523.
DEMARQUAY, 16, 23, 40, 43, 58, 67, 76, 86, 139, 171, 185, 206, 260, 262, 415, 419, 484, 505, 516, 523, 525, 558.
DENUCÉ, 163, 472.
DESNOS, 416.
DESPRÉS (Armand), 447.
DESORMEAUX, 41, 139, 444, 593.
DUMAS, 276.

F

Fabrizi, 114.
Féron, 254.
Fleury, 242, 459, 474.
Follin, 44, 157, 158, 175, 254, 409, 410.
Forget, 18, 19, 40, 166, 174, 234, 238, 262, 290, 292, 299, 335, 376, 519, 569.

G

Gaujot, 16.
Gilllebert (d'Hercourt), 311.
Giraldès, 103, 118, 122, 125, 128, 143, 152, 159, 171, 205, 230, 232, 234, 240, 268, 298, 348, 352, 404, 407, 417, 459, 466, 470, 476, 483, 531.
Gosselin, 66, 89, 101, 105, 106, 146, 154, 155, 177, 206, 235, 294, 300, 311, 319, 331, 334, 349, 355, 411.
Goyrand, 163, 186, 588.
Guérin, 47, 52, 78, 100, 226, 466.
Guersant, 70, 85, 101, 102, 111, 120, 168, 182, 268, 307, 320, 386, 390, 459, 524, 532, 586.

H

Hervez (de Chégoin), 186, 225, 524.
Heyfelder, 394.
Houel, 18, 53, 121, 147, 155, 168, 239, 280, 293, 320, 304, 345, 526.
Huguier, 18, 47, 62, 68, 78, 90, 96, 104, 118, 119, 125, 126, 144, 159, 165, 166, 171, 179, 181, 184, 202, 205, 240, 251, 254, 263, 295, 306, 352, 387, 475, 486, 508, 533, 564, 566, 568, 574, 588, 592.

J

Jarjayay, 141, 421.

K

Kuhn, 405.

L

Laborie, 71, 236, 446, 523, 526, 560, 562, 588.
Landre, 405.
Larbès, 417.
Larrey, 39, 45, 48, 53, 61, 62, 153, 169, 180, 207, 209, 224, 238, 262, 269, 323, 348, 351, 366, 379, 390, 392, 405, 444, 456, 462, 463, 516, 517, 523, 558, 577, 594.
Legendre, 265.
Legouest, 224, 364, 367, 390.
Lenoir, 203, 237, 331, 465, 468, 477, 509, 522, 523, 559.
Leplé, 213, 445.
Letenneur, 282.
Lhonneur, 209.
Lhoste, 365.
Lizé, 304.

M

Maisonneuve, 17, 128, 156, 157, 170, 175, 509, 510, 576, 592.
Marjolin, 1, 102, 111, 117, 139, 158, 233, 252, 260, 274, 289, 297, 322, 350, 372, 399, 447, 451, 456, 458, 475.

Martins, 396.
Michaux, 129.
Michon, 78, 167, 525, 531, 592.
Mirault, 50.
Moncel, 194, 531.
Monod, 16, 128.
Morel-Lavallée, 24, 41, 42, 54, 83, 85, 87, 123, 139, 153, 163, 227, 283, 349, 352, 376, 391, 413, 414, 443, 458, 469, 472, 487, 490, 517, 524, 533, 539, 558, 571, 593.

P

Peixoto, 384.
Périat, 194, 212.
Piachaud, 106.
Pradaud, 374.
Puech (Albert), 179.

R

Richard, 17, 25, 40, 47, 48, 122, 140, 179, 124, 212, 225, 268, 295, 444, 456, 485, 561, 586.
Richet, 44, 86, 118, 121, 386, 454, 519, 570, 571.
Robert, 119, 124, 127, 156, 162, 453, 467, 473, 474, 484, 520, 521, 563, 567, 590.
Rouault, 330.
Rufz, 459.

S

Sistach, 236.
Soulé, 446, 478.

T

Thompson, 527, 535, 562.
Trélat (U.), 593.
Triffet, 472.
Trudeau, 378.

V

Vallet, 384.
Vanzetti, 114, 400.
Vedrenne, 365.
Velpeau, 406, 460, 533.
Verneuil, 19, 23, 26, 38, 48, 51, 59, 68, 86, 88, 110, 122, 124, 126, 142, 161, 171, 185, 195, 202, 224, 230, 246, 251, 264, 282, 310, 325, 377, 401, 402, 409, 411, 412, 454, 464, 486, 489, 508, 517, 520, 527, 535, 559, 588, 591.
Viard, 400, 534.
Voillemier, 51, 97, 102, 104, 126, 127, 160, 176, 181, 225, 232, 237, 241, 291, 302, 305, 331, 454, 560, 568, 591.



FIN DE LA TABLE DES AUTEURS.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

DE

CHIRURGIE DE PARIS

SÉANTE RUE DE L'ABBAYE.

Séance annuelle du 1er juillet 1857.

Présidence de M. Chassaignac.

M. le Président donne la parole à M. Marjolin, secrétaire général, pour la lecture du compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1856-1857.

Messieurs et chers collègues,

Dans les sciences pratiques, les sociétés savantes n'acquièrent de véritable importance qu'autant que leurs travaux sont réellement utiles, et pour atteindre ce but elles ne doivent négliger aucune des questions qui leur sont dévolues. Loin surtout de repousser comme indignes de leur examen celles qui semblent surannées, elles doivent au contraire apporter d'autant plus de zèle à leur étude que ce sont les faits les plus journaliers qui présentent encore actuellement le plus de doutes et de difficultés pour le praticien.

Sans cesse attentives aux progrès de la science, sans accepter avec un engouement irréfléchi les innovations les plus séduisantes, elles doivent les accueillir avec une sage réserve en leur prêtant l'appui d'un concours éclairé. C'est dans cette voie si propice aux véritables progrès que vous n'avez cessé de marcher depuis quatorze ans, et ce sont ces principes qui vous ont placés si rapidement au nombre des sociétés savantes qui ont le plus fait pour la science.

Il n'y a qu'un instant, je vous disais qu'il était indispensable pour les sociétés de se tenir au courant des modifications profondes que la

science peut subir ; c'est que bien souvent d'elles seules dépend la faveur méritée ou le blâme justement infligé ; en un mot, aucune question nouvelle ne doit surgir sans qu'elle soit examinée de suite avec le plus grand soin : agir autrement ce serait manquer à la mission que vous vous êtes imposée.

Plusieurs questions tout à fait nouvelles vous ayant été soumises cette année, permettez-moi, Messieurs, de m'y arrêter de préférence, car elles sont appelées plus tard à avoir une grande influence en chirurgie.

Vous avez dû certainement tous remarquer depuis quelque temps une tendance qui, augmentant chaque jour, relègue de plus en plus hors du domaine de la chirurgie l'emploi de l'instrument tranchant : aujourd'hui cela est porté si loin que bientôt peut-être on arrivera à s'en passer, même dans les amputations des membres. Or notez que je n'avance rien d'exagéré, car, dans une lettre adressée par M. Marc Sée, il a été question d'expériences de ce genre pratiquées sur des animaux.

Déjà vous aviez entendu MM. Maunoury et Salmon vous communiquer le résultat de leur pratique dans l'enlèvement des tumeurs au moyen de divers caustiques ; cette fois vous avez vu quel immense parti la chirurgie peut tirer de la galvano-caustique et de l'écrasement linéaire ; et, bien que ces deux méthodes nouvelles soient essentiellement différentes, puisque dans l'une c'est le feu qui agit et dans l'autre une pression particulière des plus énergiques, elles n'en présentent pas moins des rapprochements fort curieux à étudier, car toutes deux ont été proposées dans les mêmes intentions, toutes deux ont pour but de séparer du corps un organe malade sans le secours du bistouri. Mais laissons pour l'instant ce côté de la question, et envisageons en détail chacune de ces deux méthodes.

Galvano-caustique. — Parmi les innovations susceptibles de modifier notablement plusieurs procédés opératoires, il faut citer en premier lieu la galvano-caustique récemment introduite dans la chirurgie par M. Albreecht Middeldorpf (de Breslau). Grâce aux efforts persévérants de ce savant aussi ingénieux qu'habile, la galvano-caustique est aujourd'hui une méthode régulière, féconde en applications, et digne de prendre place parmi les plus précieuses innovations de la chirurgie moderne.

Tel est le jour favorable sous lequel M. Broca vous a présenté cette méthode nouvelle, et, hâtons-nous de le dire, cet éloge est bien mérité.

En effet, le cautère galvanique peut dans tous les cas remplacer, et presque toujours avec avantage, le cautère actuel, et il permet, en outre, de pratiquer sans effusion de sang plusieurs opérations dans des régions à peu près inaccessibles jusqu'ici au fer rouge et aux caustiques.

Grâce à la concision et à l'extrême lucidité du rapport de notre collègue, de suite la manière dont fonctionne l'appareil vous est devenue familière; vous avez pu voir tous les obstacles dont M. Middeldorpf a triomphé; tout naturellement toutes les objections que vous aviez cru devoir faire sont tombées l'une après l'autre, et insensiblement vous vous êtes si bien initiés à cette méthode que vous ne demandiez plus que l'occasion de l'appliquer, certains à l'avance que l'emploi du cautère galvanique serait bien plus facile que celui du cautère actuel.

Dans tout ceci, je ne dis que l'exacte vérité, car, pour tous ceux qui ont assisté aux expériences que M. Middeldorpf a faites à Paris avec une excessive obligeance, il a dû résulter cette conviction, que non-seulement le cautère galvanique est plus facile à manier que tous les autres cautères que nous possédons, mais que le chirurgien peut, avant de le faire agir, le porter avec une pleine sécurité sur le point qu'il veut attaquer sans effrayer le malade. L'action ne commence que lorsque tout est bien prêt; alors, instantanément, à la volonté de l'opérateur, la chaleur du cautère atteint son maximum d'intensité; instantanément, à sa volonté, le cautère s'éteint. Il a suffi de presser sur le manche de l'instrument pour ouvrir ou fermer toute communication avec la pile; ajoutez que, quelle que soit la forme que vous donniez au cautère, vous êtes certains de son action. Il y a plus, vous pouvez à volonté agir avec lenteur ou rapidité, et c'est là un immense avantage qu'il ne faut pas oublier si on veut éviter les hémorrhagies.

Je ne veux pas énumérer ici toutes les opérations que M. Middeldorpf peut faire, disons seulement qu'il peut exécuter toutes celles qui se pratiquent avec l'écraseur de M. Chassaignac; maintenant, si vous me demandez ce qu'ont démontré les faits, je répondrai, comme application: M. Broca vous a dit qu'il avait vu M. Middeldorpf cautériser une fois le col de l'utérus, et une autre fois une large fistule recto-vaginale; que lui-même avait cautérisé, avec le plus grand succès, une hémorrhoïde interne siégeant à deux centimètres au-dessus de l'anus, et qu'à partir de cette cautérisation, le malade, qui était excessivement affaibli par des hémorrhagies, recouvra promptement la santé.

Ajoutons, et je ne saurais mieux faire que de m'inspirer de l'excel-

lent rapport de notre collègue, en parcourant les faits nombreux dans lesquels on a eu recours à la galvano-caustique, on est surtout frappé de l'innocuité des opérations pratiquées par cette méthode. Elle ne met pas seulement à l'abri des hémorrhagies primitives, elle paraît encore conjurer le danger des hémorrhagies consécutives. Enfin l'absence totale jusqu'à ce jour d'érysipèle ou d'infection purulente engagerait le chirurgien de Breslau à substituer au bistouri le cautère tranchant dans l'ablation de certaines tumeurs superficielles ou profondes.

L'action de la galvano-caustique se borne-t-elle à la simple excision des tissus? Non, elle va beaucoup plus loin. Sans parler de son usage comme moyen hémostatique, nous voyons M. Middeldorpf l'employer dans le traitement des névralgies, de la pourriture d'hôpital, dans tous les cas d'abord où l'on emploie le cautère actuel, dans les fistules, dans les tumeurs érectiles, dans l'ouverture des abcès atoniques. Enfin il a été plus loin ; sur un enfant âgé de quatre ans, atteint d'hypospadias, il a creusé à travers le gland un urèthre artificiel, et sa tentative a été couronnée d'un plein succès. En dernier lieu, il a employé le séton incandescent dans le traitement d'une pseudarthrose de l'humérus, où les chevilles d'ivoire de Dieffenbach avaient échoué.

Ce n'est donc pas, comme on pourrait le supposer, une innovation de peu d'importance, mais bien une méthode capable de rendre les plus grands services en chirurgie.

Écrasement linéaire. — La seconde méthode qui tend aussi à prendre chaque jour une extension considérable, c'est celle de l'écrasement linéaire ; elle appartient à M. Chassaignac, qui a publié toute la suite de ses recherches sur cette grande question dans un ouvrage intitulé *De l'écrasement linéaire ou Nouvelle méthode pour prévenir l'effusion du sang dans les opérations chirurgicales*. Si je vous rappelle le titre de ce traité, c'est qu'il résume parfaitement le principe fondamental de ce nouveau procédé opératoire qu'il a développé devant la Société dans un mémoire portant spécialement sur l'opération des hémorrhoïdes.

Le but de notre collègue a été exactement le même que celui que M. Middeldorpf avait en vue : séparer assez rapidement du corps, par une ligature extemporanée, un organe malade, sans être exposé aux hémorrhagies primitives ou consécutives, et en évitant tous les accidents causés par la présence prolongée des tissus gangrénés, comme on l'observait dans les procédés de ligature anciennement employés : procédés, hâtons-nous de le dire, qui n'ont aucune ressemblance avec celui qui nous occupe, ainsi que la discussion l'a parfaitement établi.

Ce point élucidé, restait une autre question, celle du traitement des hémorrhoïdes; c'est sur ce sujet que notre excellent collègue, M. Lenoir, a pris la parole.

Au soin qu'il a apporté dans l'examen et dans la critique de ce nouveau mode opératoire, vous avez dû voir qu'il ne s'agissait pas d'une simple communication, mais de la défense de principes fondés sur une longue expérience clinique.

Rendant pleine et entière justice aux travaux de M. Chassaignac, il a cru cependant devoir signaler les inconvénients qu'il pourrait y avoir à trop généraliser cette pratique de l'ablation des hémorrhoïdes, et il s'est demandé en outre si ce nouveau procédé, dont un des grands avantages est d'agir très-rapidement, et dans la plus grande majorité des cas sans hémorrhagies, ne pourrait pas cependant entraîner des suppurations plus longues que par les autres moyens, et s'il ne prédisposait pas aussi un peu au rétrécissement du rectum. Cette crainte, je le répète, de trop voir généraliser la méthode de l'ablation des hémorrhoïdes, sans indication très-urgente, a été le point de la question sur lequel M. Lenoir s'est principalement arrêté, et ses craintes ont été partagées par quelques membres de la Société.

J'ai dû, Messieurs, ne pas passer sous silence quelques-unes des objections faites par M. Lenoir, parce qu'elles renferment des principes adoptés en médecine, professés encore par bon nombre de membres de cette Société. Mais nous devons aussi dire, de toutes les méthodes employées dans la cure radicale des hémorrhoïdes, il semblerait établi que le procédé de M. Chassaignac est celui qui offre le moins de danger.

Du reste, Messieurs, la question de l'écrasement linéaire est trop importante pour ne pas fixer sérieusement votre attention; plusieurs communications faites par MM. Demarquay, Verneuil et quelques autres membres, vous ont démontré qu'elle tend à se généraliser chaque jour. C'est assez vous dire qu'elle offre des avantages réels.

N'ayant pas pour objet dans ce travail de comparer entre elles ces deux méthodes, qui malgré leur diversité, concourent au même but, je dirai seulement que sous certains rapports elles doivent agir à peu près de même; que, de plus, des deux côtés, le premier principe recommandé pour prévenir tout accident est d'agir sans trop de précipitation. J'ajouterai maintenant que si on compte d'une part les cas dans lesquels les deux opérations sont applicables, on voit que l'avantage du nombre et de la diversité de l'application est en faveur de la galvano-caustique. Comment se fait-il donc cependant que la méthode par l'écrase-

ment soit plus généralement répandue jusqu'à ce jour ? Cela tient très probablement à la simplicité de l'instrument, qui est un véritable instrument de chirurgie.

Bien involontairement, Messieurs, je suis allé, dans le résumé des deux questions précédentes, peut-être un peu au delà des limites habituelles d'un compte rendu, et en abordant le nouveau sujet, je vois déjà qu'il me sera impossible d'être bref. Comment en effet ne pas s'arrêter avec la plus minutieuse attention à l'étude de tout ce qui est destiné à rendre l'anesthésie moins dangereuse. Certes, parmi toutes les découvertes modernes, il y en a bien peu qui puissent, pour leur utilité, se mesurer avec l'anesthésie, il faut être témoin habituel de la souffrance pour savoir tout ce qu'elle a d'admirable.

Mais à côté de cela, si on vient à se dire que nul chirurgien, quelque exercé, quelque prudent qu'il soit, ne peut employer les agents anesthésiques sans crainte de voir le malade périr, sans presque qu'il soit possible de lui porter secours, il y a de quoi glacer le cœur des plus hardis, et de quoi stimuler le zèle des savants dans la recherche d'agents moins dangereux que ceux qui sont en usage.

L'apparition d'une nouvelle substance anesthésique présentée comme moins dangereuse, devait être accueillie bien favorablement; aussi quelle attention ne prêta-t-on pas à la communication de M. Giraldès lorsqu'il vint nous exposer les belles recherches de M. Snow sur l'amylène.

Ce n'était pas la première fois que le nom de cet honorable confrère était prononcé dans cette enceinte. Lors de la discussion sur le chloroforme, vous devez vous rappeler combien de fois il fut fait mention de ses travaux, de ses efforts pour chercher un appareil propre à le doser et à diminuer les dangers de son emploi. Malgré tout ce que son système pouvait présenter d'ingénieux, il ne répondait pas encore à toutes les exigences. Aussi, persuadé que si on cherchait, on trouverait peut-être encore d'autres agents chimiques moins dangereux, M. Snow essaya successivement sur des animaux et sur lui-même l'amylène découvert en 1844 par M. Balard. Dans l'espace de quelques mois, soixante-neuf opérations, telles que tailles, ablations de tumeurs ou accouchements, furent pratiquées avec succès à l'aide de ce moyen. C'est après avoir pris connaissance de ces faits que M. Giraldès a tenté, lui à son tour, le premier à Paris, l'usage de l'amylène. Vingt-cinq fois il l'a employé avec plein succès sur des enfants de trois mois à dix ans ; et, ce qui est bien remarquable, chez tous l'anesthésie a été obtenue de suite, sans convulsions, sans nausées, sans vomissements,

bien que l'amylène eût été donné très-peu de temps après qu'ils eussent mangé. Non-seulement le réveil fut rapide, complet ; mais, ce qui était un avantage de plus sur le chloroforme, ils ne furent nullement agités pendant le reste de la journée.

Après le récit de ces faits, on devait naturellement être porté à délaisser un peu le chloroforme, dont l'usage sera toujours si dangereux, quelque prudence que l'on apporte à l'employer. Aussi avez-vous vu plusieurs membres de la Société, MM. Robert, Voillemier, Demarquay et Chassaignac, répéter les mêmes essais. Si tous ne réussirent pas aussi bien que M. Giraldès, c'est qu'à son exemple ils n'employèrent pas l'appareil de M. Charrière, et que, sans tenir compte de l'extrême volatilité de la nouvelle substance, ils se servirent d'une éponge entourée d'un cornet.

En résumé, sous l'impression d'assez nombreux succès, on commençait à moins se défier du danger, on ne songeait plus qu'aux moyens de mieux administrer l'amylène, lorsque le malheur qui est arrivé à M. Snow, et qu'il s'est empressé de communiquer au monde savant, est venu prouver que là encore, en s'entourant des précautions les plus minutieuses et en ayant la plus grande habitude des anesthésiques, on n'était pas à l'abri du danger.

En révélant au grand jour le malheur qui lui est arrivé, M. Snow a agi en homme qui veut le bien de tous, il s'est montré l'ami sincère de la science; et de même que nous nous sommes tous associés à la peine qu'il dut ressentir, nous devons également rendre un hommage public à sa noble et grande sincérité.

Trop d'intérêt, Messieurs, se rattache à tout ce qui a trait à la question de l'anesthésie, pour que j'omette de vous parler de quelques détails, importants au point de vue chirurgical, consignés dans un mémoire de M. Faure, sur le traitement de l'asphyxie. Il s'agit des avantages que l'on peut retirer de l'observation de la pupille pendant l'anesthésie. M. Broca, qui a répété ces expériences, a constaté qu'elle se dilate. Dès que l'insensibilité commence, la dilatation augmente en raison des progrès de l'anesthésie. Tant que l'iris ne présente pas plus de 2 millimètres de largeur sur un chien, on peut le rappeler à la vie, mais passé cette limite, la mort est certaine. D'après cela, Messieurs, n'est-il pas nécessaire de faire la plus grande attention à ce nouveau signe, qui deviendrait bien précieux s'il pouvait conjurer une partie des accidents?

Lorsque le chirurgien est en présence d'une maladie incurable ou d'une de ces affections vagues généralement désignées sous le nom de

névroses, et auxquelles il n'y a pas d'opérations à opposer, il faut qu'il cherche au moins à calmer la douleur, complication incessante qui use la vie sans laisser aucun répit. Bien souvent obligé de renoncer à l'usage des narcotiques à l'intérieur ou à l'extérieur, parce qu'il ne peut réellement pas atteindre le mal, ou qu'il détermine des accidents d'un autre genre, le praticien eût été vaincu dans la lutte, s'il s'était laissé dominer par la difficulté; mais heureusement, grâce aux secours continus que les sciences peuvent se porter, grâce aussi à certaines observations passées d'abord trop inaperçues, et depuis mieux interprétées, on savait que le gaz acide carbonique est doué de propriétés anesthésiques, et que depuis longtemps certaines substances ou eaux minérales préconisées comme calmantes ne devaient cette propriété qu'à la grande quantité de ce gaz qu'elles dégageaient. Il ne restait plus qu'à le bien mettre en usage, et c'est sur ce sujet que M. Follin vous a communiqué une notice des plus intéressantes renfermant l'historique des premières expériences faites par Beddoes vers la fin du siècle dernier, puis les applications tentées avec succès par J. Ewart, dans des cancers ulcérés de la mamelle.

Plus récemment, vers 1834, Mojon l'employa dans la dysménorrhée accompagnée de douleurs, et enfin dans ces derniers temps, M. Simpson a conseillé les douches d'acide carbonique dans la plupart des affections douloureuses de l'utérus. Ce sont ces dernières recherches qui ont engagé notre collègue à répéter les mêmes essais; dans trois cas de cancers utérins, la douleur a été calmée instantanément, et de plus, les malades ont pu recouvrer le sommeil.

Il serait bien intéressant après de tels faits de voir les recherches commencées par quelques-uns de nos collègues, MM. Monod, Demarquay, Broca et Verneuil, se poursuivre avec persévérance, et il serait aussi à souhaiter que les fabricants d'appareils les rendissent d'un maniement plus facile et surtout moins dangereux.

Des ponctions capillaires répétées dans les épanchements sanguins. — Le secret en chirurgie de rajeunir un sujet bien ancien ne consiste pas seulement à le présenter sous un aspect nouveau, il faut toujours qu'il y ait une conséquence pratique et véritablement utile; c'est de cette manière que M. Voillemier vous a présenté sa nouvelle méthode de traitement des dépôts sanguins, et les faits qu'il a apportés à l'appui de son opinion, ceux dont vous avez été témoins ou qui ont été rapportés par MM. Houel, Broca, prouvent assez tout l'avantage que l'on peut retirer des ponctions capillaires répétées dans les épanchements sanguins. Si l'on rapproche de ce travail une autre partie de la ques-

tion, étudiée précédemment par M. Morel-Lavallée, on peut regarder aujourd'hui peut-être ce sujet comme traité pour toujours d'une manière définitive.

Du redressement brusque des tumeurs blanches. — Comme vous le voyez, nous avons abandonné le champ des découvertes ; nous rentrons dans l'ancien monde, que nous connaissons si peu que sans cesse nous revenons à l'étudier : la preuve en est dans la question du traitement des tumeurs blanches survenue à l'occasion d'un rapport de M. Bouvier sur les travaux de M. le docteur Crocq (de Bruxelles). Messieurs, c'est une tâche véritablement trop difficile que de vouloir analyser certains rapports; il y en a qui sont si consciencieusement faits et présentés de telle sorte qu'il faut se contenter de les citer. De ce nombre est bien certainement celui de M. Bouvier, qui a soulevé une discussion des plus importantes dans le traitement des tumeurs blanches, discussion à peine ébauchée, mais qui, je n'en doute pas, reparaîtra incessamment appuyée de documents nombreux. Et déjà, par avance, je dois dire qu'un de nos correspondants les plus zélés, M. le professeur Heyfelder, m'a adressé une note que je communiquerai bientôt à la Société. Faut-il, ou ne faut-il pas, dans certaines tumeurs blanches, redresser brusquement le membre en employant l'anesthésie, condition *sine quâ non?* Peut-on, par cette opération instantanée, calmer la douleur et prévenir ainsi de graves désordres?

Vous avez entendu citer quelques faits qui prouvent d'une manière très-évidente que dans des arthrites encore aiguës la douleur avait disparu complétement, le membre ayant été ramené brusquement à la position normale pendant le sommeil anesthésique. Les faits cités par MM. Robert, Richet, Gosselin, Bonnet (de Lyon), Broca, Verneuil, suffisent-ils pour en faire une règle de conduite, un véritable principe posé par la Société de chirurgie? Pour le moment, je ne le crois pas; je pense qu'il faut que cette question soit de nouveau débattue, examinée avec tout l'intérêt qu'elle mérite, et, pour cela, chacun de nous doit recueillir avec le plus grand soin tous les faits de ce genre qui se présenteront; car les faits seuls bien observés peuvent élucider cette question, comme ils ont déjà si puissamment contribué à fixer la science sur celle du bec-de-lièvre.

Du bec-de-lièvre. — Puisque je viens de rappeler cette question, qui a été déjà débattue si souvent dans cette enceinte, il m'est impossible de passer sous silence le travail qui vous a été adressé par un des chirurgiens les plus habiles de notre temps, par M. Mirault (d'Angers).

Notre honorable collègue vous a soumis les résultats qu'il avait obtenus par l'emploi de la suture entrecoupée dans l'opération du bec-de-lièvre unilatéral, dans le but de prouver que ce moyen de synthèse est bien supérieur à la suture entortillée. Lui aussi professe depuis longtemps l'opinion que l'opération précoce a moins de chances de succès, et il félicite la Société de chirurgie d'avoir contribué à établir ce principe. Je ne dirai que quelques mots sur son travail, le temps me forçant d'abréger. Les six observations de bec-de-lièvre opéré par la suture entrecoupée ont donné des résultats tellement satisfaisants, qu'il serait à désirer de voir cette méthode se généraliser un peu plus ; car, si nous nous en rapportons à l'expérience de M. Mirault, elle serait bien supérieure à la suture entortillée.

Des cicatrices vicieuses. — La question précédente est en quelque sorte une transition naturelle à l'exposé d'un travail très-important sur les cicatrices vicieuses adressé par M. Decès (de Reims).

Dans ce mémoire, sur lequel M. Verneuil a fait un rapport précieux par les documents qu'il renferme, notre collègue s'est attaché à démontrer tout l'avantage qu'on peut retirer de la conservation du tissu inodulaire pour l'utiliser et l'approprier à la restauration des cicatrices vicieuses, lors même que ces dernières sont trop courtes, en favorisant son extension à l'aide de coupes ondulées, soit encore en décollant les adhérences profondes à l'aide d'incisions sous-cutanées, soit enfin dans les cicatrices unissantes, en isolant à l'aide d'incisions latérales un lambeau qu'on peut faire glisser et greffer ensuite dans le lieu le plus convenable, où il se transforme bientôt en une nouvelle commissure qui suffit pour prévenir toute tendance à l'agglutination.

La lecture de ce travail a soulevé une discussion sur plusieurs points importants en pratique, sur le procédé à choisir et sur l'époque préférable de l'opération. Pour le premier point, la question est loin d'être jugée ; mais, pour le second, on est tombé d'accord que, du moment que la cicatrice était bien faite, il fallait opérer de suite, de crainte que par suite de son immobilité l'articulation et les parties voisines ne se déformassent, et qu'il n'en résultât une atrophie.

Rapprochons aussi de ce sujet un cas de syndactylie congéniale fort intéressant sous plusieurs rapports, et dont M. Deguise doit compléter l'observation.

Puisqu'il vient d'être question d'affections congéniales, permettez-moi de faire une courte digression et de m'arrêter à quelques faits de vices congénitaux très-graves dont vous avez été entretenus cette année.

Hydrocéphale congénial. — En premier lieu je citerai le travail de M. Turnesko, chirurgien de l'hôpital de Bucharest, sur deux cas d'hydrocéphales congénitaux, dont l'un a été traité avec succès par l'injection iodée. Vous savez tous que cette affection, qui est loin d'être rare, n'a que trop souvent été regardée comme au-dessus des ressources de l'art; c'est ce qui rend encore plus intéressante la communication de M. Turnesko. Ce n'est pas, du reste, qu'il n'existât déjà dans la science un assez bon nombre de faits authentiques démontrant que par la ponction seule répétée plusieurs fois on avait obtenu des guérisons radicales, comme l'a prouvé M. Boinet dans son rapport ; mais ce cas, joint à un autre précédemment adressé par M. Braimard, fait espérer que l'injection iodée pourra être employée dans les cas où la ponction simple serait insuffisante. Restera maintenant à établir une distinction entre les cas curables et ceux qui ne le sont pas ; de ce nombre seraient les hydropisies aiguës congénitales et les hydropisies ventriculaires.

Atrésie de l'anus. — Puisque nous en sommes à parler des vices de conformation, je mentionnerai le cas d'atrésie de l'anus chez un enfant de onze mois présenté par M. Boinet ; bien que ces cas ne soient pas très-rares, vous avez dû voir combien les opinions étaient partagées sur l'opportunité d'une opération : vous avez entendu MM. Michon, Jarjavay et Gosselin sur cette question, et il est resté bien des doutes.

S'il est vrai maintenant, comme l'a dit M. Verneuil, que les cas de réussite définitive d'opération d'anus artificiel par la simple ponction soient excessivement rares, il faut suivre la pratique conseillée par notre collègue M. Goirand (d'Aix), qui, de préférence à la ponction, recommande les grandes incisions sur la ligne médiane, et insiste sur les avantages du procédé d'Amussat, qui consiste à réunir par la suture la paroi intestinale et non la muqueuse seule aux bords de l'incision de la peau ; deux fois il l'a mis en pratique avec succès, et il a pu suivre pendant dix-sept ans l'un de ses opérés.

Du testicule non descendu dans le scrotum. — Un autre vice de conformation, et sur lequel on est souvent appelé à donner un avis, a particulièrement fixé votre attention cette année, c'est l'arrêt du testicule dans le canal inguinal. M. Follin vous a présenté un jeune garçon de quinze ans chez lequel, pour combattre cet arrêt d'évolution, il a employé un bandage bifurqué destiné à repousser l'organe vers le scrotum sans le meurtrir. Vous savez tous combien sont graves pour l'avenir les conséquences de l'arrêt d'évolution du testicule ; il n'est donc pas étonnant que plusieurs membres de la Société aient mani-

festé le désir que ce malade leur fût représenté. A cette occasion, MM. Cloquet, Houel et Morel-Lavallée ont insisté sur quelques complications qui peuvent rendre l'arrêt du testicule dans le canal encore plus fâcheux, c'est lorsque l'intestin tend à suivre l'organe et qu'il a déjà contracté des adhérences.

Des diverticules de la tunique vaginale. — Peut-être, Messieurs, dois-je ici vous parler, crainte de l'oublier plus tard, d'un travail fort intéressant de M. Béraud sur les diverticules de la tunique vaginale. L'intention de l'auteur a été de faire connaître un certain nombre de prolongements jusqu'ici inconnus ou mal décrits de la tunique vaginale, lesquels peuvent en se dilatant anormalement dans l'hydrocèle donner à cette maladie des aspects et une physionomie autres que ceux dont on parle habituellement. M. Gosselin, dans son rapport, a signalé la justesse des observations consignées dans le mémoire, tout en faisant ses réserves sur le mode de formation des diverticules de la tunique vaginale, et en se demandant si, au lieu d'être normaux, comme l'admet M. Béraud, ils ne seraient pas accidentels et dus à des adhérences établies par suite d'un travail inflammatoire.

De l'anus contre nature. — Je vous ai promis en commençant ce rapport de ne vous parler que des faits les plus intéressants ; jusqu'à présent je crois ne pas m'être écarté de mon plan, mais je vois aussi combien cela va m'entraîner encore loin, et cependant comment omettre tant de communications si curieuses, tant de discussions si importantes par leur résultat ?

Parmi les premiers je citerai le travail de M. Legendre sur l'anus contre nature. L'intention de l'auteur a été de montrer les conditions anatomiques qui rendent possible et efficace la nouvelle opération imaginée par MM. Denonvilliers, Nélaton et Malgaigne, opération qui consiste comme vous le savez à disséquer tout le contour de l'intestin, à refouler la muqueuse, et à faire sur ce contour même une suture distincte de celle que l'on pratique ensuite sur la paroi abdominale.

Notre collègue, M. Gosselin, a indiqué l'utilité des notions fournies par M. Legendre, et a rapproché de l'opération précédente celle qu'il a lui-même pratiquée, et dans laquelle il avive préalablement l'intestin en le dépouillant de sa muqueuse.

L'obstétrique, qui chaque année nous fournit le sujet d'intéressantes discussions, cette fois encore a donné un contingent fort respectable. Ainsi, M. Silbert (d'Aix) vous a adressé un mémoire sur l'accouchement prématuré artificiel ; ce travail, qui touche à une des questions

les plus graves de l'obstétrique, a été analysé devant vous par M. Laborie avec tout le soin que demandait un semblable sujet.

M. Blot vous a fait une lecture sur une des questions les plus difficiles, sur la désarticulation de l'épaule dans un cas de version rendue impossible par l'engagement trop considérable de cette épaule, et la rétraction violente de l'utérus.

M. Danyau vous a présenté deux cas d'enfoncement du crâne pendant l'accouchement ; dans aucun des cas il n'y a eu d'accident. Ces faits, joints à plusieurs autres du même genre qu'il vous a rapportés, ont soulevé de la part de M. Cazeaux l'objection suivante, c'est qu'il ne pense pas qu'il y eût fracture dans ces deux cas ; il pense qu'il n'y avait qu'un simple enfoncement. Pour M. Danyau, la lésion serait produite par la pression contre l'angle sacro-vertébral.

Luxations congéniales de l'humérus. — Ces lésions produites pendant l'accouchement m'amènent naturellement à vous parler de trois cas de luxations incomplètes de l'humérus en arrière, observées chez des enfants déjà d'un certain âge, et d'après les renseignements pris par M. Chassaignac, l'accident qui serait congénial aurait été attribué aux manœuvres de l'accouchement.

Des luxations. — J'ai mentionné ces trois faits à l'occasion de l'obstétrique, mais du moment que j'ai prononcé le mot de luxation, permettez-moi d'en finir avec quelques lésions de ce genre trop rares pour être omises. L'un de ces faits, cité par M. Bertherand, est un cas de luxation simultanée des trois os cunéiformes sur le scaphoïde ; le second est une luxation du gros orteil en dehors, qui n'a pu être réduite par M. Larrey qu'après la résection de la tête du premier métatarsien qui était saillante dans la plaie. Enfin, deux cas de luxation du coude datant de trois mois, ont pu être réduits par MM. Lenoir et Morel-Lavallée.

Vous me direz peut-être avec quelque raison que tout en voulant m'en tenir aux cas rares, je finis par reprendre un à un chacun de vos travaux ; nullement ; mais lorsqu'à l'occasion de vos discussions des médecins étrangers à cette Société ou des membres correspondants s'empressent de nous fournir des documents précieux, nous leur devons de les citer et de les remercier publiquement de leur zèle. Ainsi, à l'occasion d'une discussion sur les kystes hydatiques du foie, vous avez reçu une lettre bien intéressante de M. Guérault, chirurgien de la marine. Notre confrère vous a dit que dans l'Islande, où les hydatides attaquaient le cinquième de la population, M. le docteur Thorarensen avait employé avec succès, il y a six ans, l'électro-puncture. A l'occa-

sion de la discussion sur le lieu préférable de l'amputation de la jambe, M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, s'est empressé de mettre à votre disposition de précieux documents ; MM. J. Roux et Piachaud (de Toulon), M. Testa (de Naples), vous ont également adressé des observations qui, en les joignant à celles fournies par MM. Larrey, Lenoir, Michon, Monod et Broca, aideront sans doute un peu à faciliter l'étude de cette question à laquelle M. Verneuil s'est voué avec tant d'ardeur. Ce simple énoncé vous prouve assez que si le public a reculé devant les difficultés de cette question proposée par vous comme sujet de prix, la Société veut la terminer, parce qu'il s'y attache quelque chose de bien supérieur à une question scientifique : il s'y attache une véritable question d'humanité.

L'activité, la suite qui président à vos travaux étant partagées par bon nombre de correspondants, il est bien rare qu'à chacune des grandes questions en litige vous ne receviez pas quelque nouvelle observation. Ainsi, lorsqu'il s'est agi des plaies d'armes à feu, M. Heyfelder, dont le zèle ne s'est jamais ralenti, vous a adressé ses résultats de désarticulation coxo - fémorale pendant le bombardement de Sweaborg. A l'occasion des fractures du fémur, M. Fleury (de Clermont) vous faisait part d'un fait curieux de fracture de cet os simulant une luxation en haut et en dehors.

Des fractures. —Tels ont été la richesse et le nombre des communications cette année, qu'avec les fractures seules il eût été facile de faire un chapitre bien intéressant. Ainsi, sans compter ce cas si remarquable de fracture du fémur par un biscaïen, et que M. Larrey vous a présenté comme un magnifique exemple de chirurgie conservatrice, on aurait pu, en s'arrêtant au fait présenté par M. Robert, discuter les avantages de la résection des os dans quelques fractures comminutives. Le fait de pseudarthrose des deux os de l'avant-bras, guéri une première fois par M. Verneuil par une résection, et représenté de nouveau par M. Richet avec le même défaut de consolidation, pouvait être encore un bien curieux sujet d'étude, et m'aurait fourni l'occasion de vous décrire un nouveau procédé de résection proposé par M. Richard.

Comme cas rare, je vous citerai celui de fracture complète du maxillaire supérieur présenté par M. Richet, puis les cas si curieux de fractures d'exostoses épiphysaires dont il a été question.

Quant à vous énumérer maintenant tous les faits qui sont venus à l'appui de ce que M. Gosselin avait dit sur les fractures en coin, ce serait abuser de vos instants.

Des maladies organiques du système osseux. — Mais si le chapitre des fractures était long, comment aurais-je pu faire pour vous parler avec assez de détails de tous les cas de maladies organiques des os qui vous ont été présentés ? Vous vous rappelez ce kyste osseux, multiloculaire, de l'extrémité inférieure du radius, qui obligea M. Larrey à pratiquer l'amputation de l'avant-bras ; un cas d'enchondrôme des métacarpiens présenté par M. Voillemier ; un cancer érectile du tibia, dont l'observation vous fut adressée par M. Sirus Pirondi, de Marseille ; une observation rare de tumeurs osseuses sous-cutanées enlevées par M. Roux (de Brignolles), chez une jeune fille de quinze ans ; et, enfin, plusieurs maladies peu communes des maxillaires, présentées par MM. Houzelot, Mayor fils et Maisonneuve.

Ne dois-je pas aussi ranger parmi les maladies du système osseux ces tumeurs fluctuantes de la tête, observées par MM. Denonvilliers, Larrey, Richard, Verneuil et Desormeaux ? Si j'avais pris tous ces faits en détail, il aurait fallu alors deux séances pour le compte rendu, et notez que je ne vous ai parlé ni des belles recherches cliniques de M. Soulé (de Bordeaux), sur l'emploi combiné du percblorure de fer avec les autres moyens usités dans la cure des anévrysmes, notez que je n'ai fait aucune mention de plusieurs cas bien graves d'anévrysmes présentés par M. Larrey, et que si je viens à vous parler de vos recherches sur le tissu fibro-plastique, je serai forcé de vous dire que cette année encore, grâce aux faits qui se multiplient, aux observations qui se complètent, il devient de plus en plus avéré que la généralisation dans nos tissus est presque aussi constante que celle du cancer, et que la récidive se fait presque aussi rapidement. Que dire de plus, si ce n'est que c'est à votre zèle, à votre assiduité, que vous êtes redevables de travaux aussi précieux.

Tel est, en résumé, Messieurs, le résultat bien abrégé de cette quatorzième année ; et bien que souvent les forces m'aient trahi pour représenter, sous leur véritable aspect, l'importance de vos discussions, elle n'en sera pas moins fructueuse pour vous. Avec une pareille activité, un semblable esprit de conduite, il est évident que la Société de chirurgie, comme le disait l'an dernier notre honorable président M. Gosselin, ne peut plus compter de détracteurs, mais plutôt des émules.

Par quels moyens, par quelles voies, êtes-vous arrivés à un semblable résultat, disons-le même, à une semblable considération ? Ce n'est pas un secret, les moyens sont bien simples ; vous n'avez cessé d'apporter dans vos travaux le zèle, l'esprit d'ordre et de persévérance, indispensables à l'achèvement de toute grande chose, et jamais vous

ne vous êtes ralentis. Que si, dans vos discussions, parfois il a pu y avoir cet entraînement qui marche de pair avec la conviction, jamais vous n'avez donné le triste et douloureux spectacle de la science arrachée de son piédestal et livrée sans défense aux outrages de la personnalité. En restant toujours dignes au milieu des discussions les plus animées, vous avez montré encore une fois quel était l'esprit qui présidait aux travaux de cette compagnie. En persistant dans une telle conduite, vous ne pouviez manquer de grandir aux yeux de tous; aussi votre secrétaire est-il heureux de pouvoir proclamer de semblables résultats.

Persévérons toujours avec la même ardeur dans la voie que nous avons à suivre, et quelque difficile que soit le but honorable que nous voulons atteindre, nous serons certains d'y arriver.

M. LE PRÉSIDENT proclame ensuite les noms des candidats qui ont remporté des récompenses dans le concours pour le prix Duval.

Le prix Duval est accordé à M. Caron.

Une mention honorable est accordée à M. Gaujot.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Séance du 9 juillet 1857.

Présidence de M. CHASSAIGNAC, puis de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. MONOD présente une femme d'une quarantaine d'années qui offre depuis longtemps une tympanite considérable. Se croyant enceinte il y a trois ans, et ayant perdu des eaux à cette époque, s'il faut l'en croire, cette femme croit avoir une grossesse extra-utérine. N'est-ce qu'un cas d'hypochondrie? C'est dans ce dernier sens que se prononcent quelques membres de la Société dans le service desquels cette malheureuse femme a séjourné.

— M. DEMARQUAY présente un jeune homme qu'il a dernièrement opéré d'un polype fibreux développé dans le pharynx, la narine gauche, le sinus maxillaire du même côté. L'opération a consisté dans l'enlèvement de la paroi antérieure du sinus maxillaire, mais en conservant la voûte palatine.

M. AD. RICHARD. Je n'ai rien à dire sur la voie que s'est ouverte

notre collègue pour arriver sur le pédicule de son polype ; mais ce que je puis lui assurer, c'est qu'il n'a fait que la moitié de l'œuvre capable de guérir son malade. Une fois arrivé sur l'implantation du polype à la voûte du pharynx, il faut détruire cette implantation ; sans cela la récidive est certaine ; et j'ose promettre à M. Demarquay une récidive dans le cas qu'il nous a présenté.

M. MAISONNEUVE. Je suis loin de proscrire l'extirpation pure et simple de ces tumeurs, comme vient de le faire M. Richard. Dans plusieurs cas, j'ai pu les énucléer à leur pédicule, et je connais quelques malades chez lesquels aucune récidive n'a eu lieu ; un infirmier, entre autres, que je vois chaque jour, et qui me semble guéri radicalement.

M. AD. RICHARD. Evidemment, M. Maisonneuve et moi nous ne pouvons parler des mêmes tumeurs ; sans cela, M. Maisonneuve se ferait illusion. Pour moi, j'entends parler des polypes naso-pharyngiens, polypes fibreux implantés à la base du crâne, à la surface basilaire et à la base des ptérygoïdes ; et dans cette région, hors des cancers, je ne connais pas de tumeurs capables d'être confondues avec celles-ci. Or, l'insertion de ces masses se fait au moyen de filaments fibreux tassés les uns contre les autres et confondus intimement avec la surface osseuse comme les fibres du périoste, dont ces tumeurs ne semblent être qu'une hypertrophie ; si bien qu'on peut comprendre l'arrachement de la surface osseuse sur laquelle ces tumeurs reposent, mais non le détachement de la tumeur elle-même. Il suffit d'en avoir disséqué, et j'ai eu plusieurs pièces à ma disposition pour être édifié à ce sujet. Aussi, la pratique, dans ces cas, découle de l'enseignement qui nous est fourni par l'anatomie pathologique, et les malades que j'ai opérés, d'autres opérés par M. Nélaton et que j'ai longtemps suivis, ont mis, pour moi, cette vérité dans une parfaite évidence. Le traitement de ces tumeurs est donc tout entier dans la destruction du pédicule au moyen de la cautérisation.

M. DEMARQUAY. M. Richard n'exprime là qu'une opinion individuelle. Mon polype, du reste, ne m'a pas paru toucher aux os du crâne, et, bien que je ne puisse rien préciser sûrement sur son point d'attache, je suis porté à penser qu'il s'insérait sur les parties latérales du pharynx.

M. MAISONNEUVE. Je ne voudrais pas qu'on allât au delà de ma pensée sur ces tumeurs. J'ai eu tort de dire qu'on pouvait les énucléer. Non, je veux dire seulement qu'on peut les arracher, et ceci fait, ruginer leur surface d'implantation, de manière à prévenir leur repullula-

tion. Mais si ces moyens m'ont réussi, je ne proscris pas les autres, et je ne prétends pas qu'on ne puisse les détruire par la cautérisation. Quelle est la meilleure conduite à suivre? cela est jusqu'ici difficile à dire.

M. HOUEL. J'appuie ce que vient de dire notre collègue M. Richard; et mon opinion repose sur les observations anciennes et récentes que j'ai dépouillées, sur les pièces que j'ai disséquées, sur les opérations que j'ai vu faire. Tous ces polypes ont pour insertion la face inférieure du sphénoïde, et ne sont autres qu'une sorte d'hypertrophie du tissu fibreux dense qui couvre en ce point la base du crâne. Rien, pour ceux qui ne l'ont vu, ne peut donner l'idée de la dureté de ces tumeurs à leur implantation. Je me rappelle un cas où M. Jarjavay opérait, et il fut absolument impossible, par aucun instrument tranchant, de couper le pédicule. J'ai suivi les opérations dans lesquelles on a négligé de détruire longuement et patiemment ce pédicule; j'en pourrais citer cinq ou six cas: la récidive a constamment eu lieu.

M. HUGUIER. J'ai disséqué de ces tumeurs; elles sont fibreuses, et font corps, ainsi qu'on l'a dit, avec l'apophyse basilaire, avec le tissu dense qui bouche le trou déchiré, et ainsi peuvent adhérer à la dure-mère par des prolongements. J'ai pu constater ce dernier fait chez un jeune homme dont j'ai pratiqué l'autopsie, et cependant chez lui il n'existait aucun symptôme cérébral. Ainsi donc, je ne puis concevoir l'arrachement de ces tumeurs. Doit-on pour cela abandonner les malades à eux-mêmes? Non, car cette terrible affection tue fatalement. Je me rappelle un malade du service de M. Robert: il était tout près de s'asphyxier. J'insistai auprès de notre collègue pour tenter l'opération, et nous fûmes assez heureux pour trouver un pédicule assez grêle.

M. FORGET. Je partage l'opinion de MM. Richard et Houel. L'intrication au tissu osseux est telle pour ces tumeurs que je ne saurais comprendre qu'on puisse exposer les malades au danger d'une fracture des os du crâne en tentant la cure de ces tumeurs par le procédé d'arrachement. La fusion de ce tissu fibreux et des plans osseux auxquels il adhère est telle que cette fracture doit avoir lieu d'autant plus facilement que le tissu osseux est le plus souvent usé, aminci et en partie détruit.

M. HOUEL. Outre que l'arrachement ne peut donner chance d'enlever la tumeur, il fait courir dans certains cas les plus grands dangers. Vous avez pu voir ici une pièce apportée par M. Guersant: si l'arrachement avait été tenté, le malade aurait péri immédiatement.

M. VERNEUIL. J'ai vu et disséqué de ces tumeurs; bien que je pense que ce qu'a dit M. Richard est vrai dans la généralité des cas, il existe peut-être ici des variétés. Ainsi, dans un cas, je fis le procédé de M. Nélaton, c'est-à-dire que je me frayai la voie par la voûte palatine; l'opération fut laborieuse, mais je parvins à extirper complétement le polype.

En somme, contrairement à l'opinion de M. Ad. Richard, je pense que quelquefois l'extirpation radicale du premier coup est possible. Maintenant quelle voie choisir pour arriver au pédicule? Ici, après des expériences cadavériques, je suis moins partisan que M. Richard de la résection du palais. La voie la plus large et la plus droite est fournie, suivant moi, par la résection du maxillaire supérieur.

M. DEMARQUAY. Je n'ai point ici fait l'opération de M. Nélaton, parçe qu'elle ne m'a pas paru applicable. J'ai surtout présenté le malade pour montrer que je m'étais frayé une voie en réséquant la mâchoire, mais respectant la voûte palatine. C'est là le côté nouveau et intéressant de cette observation.

M. RICHET. M. Demarquay nous dit que l'implantation de son polype avait lieu sur les côtés du pharynx. Dès lors ce n'est pas un polype naso pharyngien, mais une affection dont je ne connais pas d'autre exemple.

Pour ce qui est des vrais polypes naso-pharyngiens, je me joins à MM. Richard et Houel pour dire qu'ils ne sauraient être arrachés.

M. MAISONNEUVE. Il manque plusieurs choses à l'observation de M. Demarquay : l'indication positive du lieu où s'insérait le pédicule; il manque la pièce elle-même qui nous permettrait de juger de sa nature. De plus, la marche de l'opération se comprend mal. Je vois bien que M. Demarquay résèque la paroi antérieure du sinus maxillaire; il entre dans la cavité du sinus, mais je ne vois pas comment il en est sorti pour pénétrer dans l'arrière-bouche.

M. HUGUIER. Cette résection partielle de la mâchoire ne saurait être revendiquée par M. Demarquay comme une nouveauté : j'ai pratiqué cette opération, et depuis plusieurs de nos collègues l'ont faite également.

M. DEMARQUAY. Je ne réclame aucune priorité. C'est après avoir parcouru tout ce qui a été fait à ce sujet que je pensais que cette manière de faire offrait quelque nouveauté.

— M. FORGET présente un jeune homme auquel il a pratiqué la résection de la moitié du corps de la mâchoire inférieure et de la portion de la branche située au-dessous de l'orifice du canal dentaire.

Cette opération a été pratiquée il y a deux ans; la Société, qui a été appelée à juger du résultat primitif de l'opération, verra avec intérêt le résultat secondaire et définitif qu'on observe rarement, les malades étant habituellement perdus de vue quelques mois après la guérison.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. CHASSAIGNAC, au moment de quitter la présidence de la Société et d'installer le nouveau bureau, prononce le discours suivant :

Messieurs et chers collègues,

Avant de céder le fauteuil à l'éminent confrère que vos suffrages unanimes appellent à présider nos séances, permettez-moi de vous exprimer mes remercîments sincères pour le témoignage de confiance que vous avez bien voulu me donner. Il a eu ceci de particulièrement obligeant pour moi, qu'ayant été déjà vice-président en 1848, je devais penser qu'une présidence nouvelle ne me serait pas accordée. Votre volonté en a décidé autrement, et je vois dans un pareil acte des motifs plus grands encore de reconnaissance et de dévouement pour la Société de chirurgie.

Le travail et l'exactitude ont fondé la Société de chirurgie sur des bases que je crois désormais inébranlables. Mais pour une Société scientifique, vivre ce n'est pas seulement durer ; c'est produire d'une manière soutenue une somme d'investigations et de résultats ayant un but éminemment progressif.

Comment la Société peut-elle réaliser ce but et fixer ses destinées dans une voie de plus en plus honorable et utile ? C'est là, Messieurs, ce que je me propose d'examiner rapidement.

Votre Société doit aspirer à fonder une Ecole de chirurgie. Aujourd'hui les écoles sont rares en chirurgie ! Comment peuvent-elles se former ? A deux conditions seulement :

Ou bien parce qu'un maître élevé au-dessus des hommes de son époque par sa position et par son intelligence, portant avec lui des doctrines imposantes par leur valeur scientifique, rattache au mouvement de ses idées un certain nombre de travailleurs ayant la qualité peu commune de se contenter du second rang ;

Ou bien parce que, sans accepter la direction d'un chef, une agrégation d'hommes laborieux et attentifs, animés d'un même esprit, parvient à établir dans les procédés scientifiques certaines habitudes, certaines manières d'envisager les questions, et finalement une sorte

de jurisprudence dominant les diversités individuelles et planant sur les faits particuliers.

C'est dans ce sens, si je ne me trompe, que la Société de chirurgie peut rendre d'importants services.

Déjà, Messieurs, vous avez pu le remarquer, un esprit de saine et ferme critique tend de jour en jour à revendiquer une plus large part au milieu des travaux de la Société. Les rapports se font d'une manière consciencieuse ; ils se discutent avec soin ; ils deviennent une occasion fréquente ou de mentionner des faits ignorés jusque-là, ou de redresser l'interprétation de faits déjà connus, mais mal compris.

Plusieurs fois, dans le cours de vos discussions, j'ai été frappé de la vive lumière qui venait éclairer des questions encore indécises.

Investigation et discussion, tels sont les deux grands leviers avec lesquels se réalisent tous les progrès humains.

Or comment ces deux modes de l'activité intellectuelle se pratiquent-ils dans votre Société ?

L'investigation, Messieurs, vous vous y livrez sans cesse. Répartis dans tous les hôpitaux de notre vaste métropole, vous mettez sans cesse en usage l'application de vos sens, le secours des méthodes diagnostiques les plus avancées, et chaque jour amène des vues nouvelles, des observations plus exactes qui se formulent soit dans des mémoires, soit dans des rapports qui deviennent eux-mêmes l'objet de discussions d'autant plus fécondes, que le travail qui leur sert de point de départ a été mieux étudié.

Je n'aperçois donc à ce point de vue que bien peu de chose à désirer, surtout si la Société, reprenant, non plus par voie d'article réglementaire, mais par la volonté individuelle de ses membres, une disposition qui a été en vigueur, obtenait à tour de rôle de chacun d'entre vous un mémoire original.

Un mot seulement de la discussion et de l'exercice de l'esprit de critique. Quelles qualités devons-nous désirer à cet égard ? Je les résumerai ainsi : l'assiduité le plus possible, et la justice toujours.

L'assiduité, sans laquelle on s'expose à discuter des choses que l'on n'a pas entendues ; c'est ce à quoi un homme sérieux ne peut pas consentir.

La justice, qui, tout en appréciant un travail dans sa valeur intrinsèque, sait parfaitement discerner le caractère de conscience et de désintéressement dans lequel il a été conçu, et ne confond jamais le véritable sens critique avec l'esprit de dénigrement.

C'est en restant fidèle à de tels principes que notre Société, pour-

suivant une œuvre déjà entourée de l'estime des meilleurs et des plus savants chirurgiens de notre temps, ajoutera aux titres dont elle s'honore de nouveaux gages de force et de durée.

— M. **BOUVIER**, en prenant la présidence de la Société, prononce les paroles suivantes :

Messieurs et chers collègues,

Qu'il me soit permis, en prenant place au bureau, de dérober un instant à nos occupations pour vous remercier du témoignage de sympathie que vous m'avez donné. Je suis fier d'être appelé par vos suffrages à diriger les travaux de la Société de chirurgie de Paris. Ce n'est pas que je ne sente aussi vivement toutes les difficultés de la tâche qu'un pareil honneur impose ; mais votre passé me donne la confiance qu'avec votre aide cette tâche me deviendra plus facile. Votre constante modération, la parfaite convenance de vos entretiens scientifiques, me laisseront peu à faire. Ce n'est pas à la Société de chirurgie qu'il est besoin de rappeler que, si dans nos réunions confraternelles la parole est le droit de tous, le silence est un devoir pour tous, comme l'unique moyen de consacrer et d'assurer à chacun la possession de ce droit. Les années écoulées nous ont laissé un héritage précieux, mais aussi un grand poids, celui d'une célébrité croissante. Nous unirons nos efforts, chers collègues, pour continuer dignement l'œuvre qu'elles nous ont léguée. Je serai à vous sans réserve ; mon dévouement n'aura d'autres bornes que les limites de mes forces.

La Société désigne les membres de la commission des comptes : MM. Morel, Robert, Forget, Jarjavay et Guérin.

Trois membres pour les archives : MM. Maisonneuve, Boinet et Deguise.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les ouvrages suivants :

Art du dentiste, juin 1857.

Des accidents qui peuvent être la suite des grandes opérations et des moyens de les prévenir, par M. le professeur Deroubaix, chirurgien à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles.

— Une lettre de M. Gauthier de la Boullaye, sur les résultats des amputations de la jambe.

Des remerciments sont adressés à M. le Dr Gauthier de la Boullaye.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DEMARQUAY présente une tumeur athéromateuse développée sur la partie latérale gauche de la poitrine d'un homme de quarante-cinq ans. Des tumeurs de même nature lui ont déjà été enlevées sur la tête. Ce qui est intéressant dans ce fait, c'est l'influence héréditaire qui existe dans la famille de ce malade. En effet, son grand-père a subi une opération pour un cas analogue. Sa mère était affectée du même mal, Boyer lui a enlevé plusieurs tumeurs athéromateuses. Les deux sœurs de mon malade ont la tête et le corps couverts de tumeurs athéromateuses; de plus, les enfants de ces deux dames sont eux-mêmes affligés de la même maladie. J'ai enlevé, il y a quelques jours, quatre tumeurs athéromateuses sur une jeune personne nièce de mon opéré. Voilà donc quatre générations successives d'individus tous affectés de tumeurs athéromateuses.

Séance du 15 juillet 1857.

Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur de la partie antérieure du bras gauche. — M. VERNEUIL montre un malade qui offre une tumeur du biceps brachial.

Martin (Paul), imprimeur, âgé de soixante ans, d'une bonne constitution, s'est aperçu, il y a quelques jours seulement, de la présence d'une tumeur indolente à la partie antérieure du bras gauche, à l'union des deux tiers inférieurs avec les trois quarts supérieurs. Depuis près de quinze ans, il a toujours ressenti dans cette région quelques douleurs vagues, mais sans trace d'inflammation, sans vestige de tumeur. Il ne se rappelle pas avoir reçu de coup, ni avoir fait d'effort violent ni récemment ni autrefois.

Aujourd'hui même les douleurs sont nulles soit dans les mouvements, soit dans les explorations; les mouvements ne sont nullement gênés, et le malade, gaucher ordinairement, possède la même force des deux bras.

Examen de la tumeur. — Le bras étant dans l'extension et en l'absence de toute contraction des fléchisseurs de l'avant-bras, on aperçoit à la partie antérieure du bras, située immédiatement au-dessous de la

peau, une tumeur molle, facile à déplacer dans le sens transversal, et qui paraît intimement liée au biceps huméral, sinon en faire partie intégrante.

Cette tumeur a environ 3 centimètres de diamètre en largeur et en hauteur; elle se perd insensiblement en bas avec le biceps à 4 centimètres au-dessus du tendon; elle se termine, au contraire, assez brusquement en haut et par un bord irrégulier. Immédiatement au-dessus de cette tumeur, le biceps se rétrécit considérablement en travers; il paraît uniquement formé par la courte portion, et au contraire une dépression longitudinale assez profonde se montre à la simple vue dans toute la région occupée par la moitié supérieure de la longue portion du biceps.

Lorsque, le bras restant toujours dans l'extension, on ordonne au malade de contracter le biceps, la tumeur devient tout à coup beaucoup plus saillante, beaucoup plus dure, et se porte en même temps un peu en haut et en dehors.

Lorsqu'on fait fléchir l'avant-bras, soit d'une manière modérée, soit avec la plus grande énergie possible, la tumeur reste toujours saillante, remonte à mesure que la flexion augmente, redescend à mesure que le bras s'étend davantage. Elle augmente ou diminue de consistance exactement de la même manière que la portion interne du biceps et que celui du bras opposé.

Lorsque la contraction existe et que la tumeur durcit, elle devient tout à fait immobile. Si on compare vers la partie moyenne le biceps en contraction sur les deux bras à la fois, on constate que du côté sain le muscle a environ 5 centimètres de largeur, tandis qu'il n'en offre que 3 du côté gauche.

Tous ces renseignements me font penser que la tumeur est formée par la longue portion du biceps pelotonnée à la partie inférieure par suite de la rupture de son tendon ou du relâchement de ce lien fibreux.

J'ai conseillé au malade de ne rien faire, et seulement de protéger et de soutenir la tumeur au moyen d'une sorte de brassard en cuir et en tissu élastique.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je ne saurais partager l'opinion de M. Verneuil. Pour moi, la tumeur est indépendante du biceps; elle est seulement en partie située sous ce muscle. Quand il se contracte, elle se dégage à son côté externe, et devient saillante et dure. Pendant le relâchement du biceps, elle est mollasse, comme lobulée; elle se dérobe en quelque sorte, parce qu'elle rentre sous le muscle et qu'elle se

confond avec le niveau des parties ambiantes. Elle offre à l'état de repos ou de contraction du muscle une fluctuation, même de haut en bas, qui rappelle l'idée d'un kyste ou d'un lipôme. Le biceps est moins volumineux que celui du côté sain, mais son faisceau externe est entier. Notons qu'il s'agit du bras gauche, et qu'il est tout simple que ses muscles soient plus développés que ceux du côté droit. Je propose formellement la ponction exploratrice.

M. AD. RICHARD. Cette tumeur est du muscle; c'est la partie inférieure du biceps lui-même; c'est la consistance du muscle, sa fluctuation nulle verticalement, évidente dans le sens transversal; c'est la place que le muscle occupe, c'est le muscle normal lui-même avec tous ses caractères en dehors de la contraction; et quand cette dernière se manifeste et que la tumeur apparaît, on se demande simplement quelle est la cause de cette saillie anormale. Jusqu'ici donc je suis de l'opinion de M. Verneuil. Mais sur ce dernier point, je pense non que le biceps est détaché par en haut, ou rompu à sa partie supérieure, car je ne sens plus rien qui corresponde aux deux tiers supérieurs de la portion interne du biceps. Et c'est ce qui me fait dire que ces deux tiers supérieurs sont atrophiés ou même disparus presque complétement. C'est là une maladie que les travaux contemporains ont bien fait connaître, et elle m'explique à merveille la saillie anormale du tiers inférieur du biceps, qui a conservé tout son volume.

M. DEGUISE. Je ne suis pas édifié sur la nature de la tumeur; mais je ne puis admettre une rupture du muscle qui a entraîné par en bas tout son corps charnu, car la saillie que j'aperçois ne me rend pas compte par son volume de la masse charnue qui serait venue s'y condenser.

M. BOINET croit à l'existence d'une hernie musculaire, car il a vu un cas ayant de l'analogie avec celui-ci, et où la hernie musculaire était certaine.

Après quelques paroles de MM. Verneuil et Michon, et quelques explications nouvelles de M. Verneuil, les membres qui ont examiné cette tumeur semblent tous d'accord sur sa nature musculaire.

CORRESPONDANCE.

M. MICHON remet un travail de M. Sabatier, médecin de l'hôpital de Bédarrieux.

Commission : MM. Desormeaux, Deguise, Richard.

LECTURE.

M. VERNEUIL achève la lecture de son rapport sur le travail de M. Arlaud.

Quoi qu'il en soit, lorsque le malade fut soumis aux soins de M. Arlaud, il était dans un état grave et qui nécessitait promptement l'intervention chirurgicale. Les accidents étaient dus surtout à la rétention d'urine, car le bout pubien de l'urèthre s'était considérablement rétréci et menaçait de s'oblitérer, comme cela était déjà arrivé pour l'autre orifice situé sur la lèvre antérieure de la plaie. Ce qui prouve, en passant, que l'urine peut bien gêner la réunion immédiate des plaies uréthrales, mais qu'elle ne peut rien contre la rétraction insensible des bourgeons charnus qui sont peu influencés par son contact permanent, et se cicatrisent à la longue comme si ce contact n'existait pas Ce fait, que je n'indique qu'en passant, est de la plus haute importance dans la physiologie pathologique des fistules uréthrales et de l'anaplastie de ce conduit.

Je viens de dire qu'il y avait urgence; en effet, le malade était en proie à toutes les angoisses et à tous les dangers de la rétention d'urine; ce fluide coulait goutte à goutte par le bout supérieur du canal, considérablement rétréci et encombré par des fongosités; la vessie était distendue, l'urèthre qui lui fait suite, dilaté en arrière de la plaie, ce qui nous rend compte de l'incontinence coïncidant avec le rétrécissement. Sous ce rapport, le fait de M. Arlaud diffère de la plupart des fistules péniennes, dans lesquelles, au contraire, la voie est largement ouverte à l'issue de l'urine.

Ce cortége de symptômes appartient bien plutôt aux rétrécissements ordinaires ou aux rétrécissements traumatiques, dans lesquels le tissu inodulaire a comblé la perte de substance et effacé le canal dans une étendue plus ou moins considérable.

Il y avait donc deux indications à remplir :

1° Donner issue à l'urine;

2° Reconstituer une voie permanente pour l'issue de ce fluide.

M. Arlaud avait trois moyens pour satisfaire à la première exigence, savoir : lo cathétérisme par le méat, la boutonnière périnéale, le cathétérisme par le trajet fistuleux. Nous sommes surpris que l'auteur ait oublié dans cette énumération la ponction de la vessie, déjà employée dans un cas assez comparable par Verguin (1), et qui depuis a

(1) Chopart, *Maladies des voies urinaires*, t. II, p. 240.

été mise en usage par bien d'autres dans des cas pressants. Généralement innocent, et à coup sûr moins dangereux que la boutonnière périnéale, cet expédient permet de gagner du temps, et rend de grands services dans les rétentions d'urine.

Ceci n'est pas dit pour blâmer notre confrère, qui, en adoptant le cathétérisme par l'orifice fistuleux, me paraît avoir suivi le parti le plus logique.

On était disposé à en rester là dans cette première séance, et le danger pressant étant conjuré, on comptait remettre la réparation du canal à une époque ultérieure, quand les chirurgiens assemblés se decidèrent à faire tout d'un seul coup. Le bout supérieur fut donc fendu longitudinalement. Le bout inférieur d'abord découvert, fut incisé de même, de telle façon qu'une sonde introduite par le méat put parvenir jusque dans la vessie.

Si on réfléchit à cette première phase de l'opération, on y reconnaît les caractères d'une sorte d'uréthrotomie externe, avec cette différence que les téguments étaient altérés et traversés par une fistule qui facilita beaucoup la découverte du bord supérieur. Les mêmes détails opératoires se retrouvent presque tout entiers dans la seconde histoire que Ledran a insérée dans ses *Observations de chirurgie*. Il se servit aussi d'un trajet fistuleux pour retrouver l'urèthre, qu'il fendit largement en haut et en bas Ce qui, avec l'aide d'une sonde, amena la guérison complète du jeune Martin Bourdin (1).

En 1820, Julien le Vanier, de Cherbourg, faisait encore avec succès une uréthrotomie semblable sur un malade qui avait eu la verge blessée par une balle quatre ans auparavant, et qui urinait goutte à goutte et rarement. Il incisa l'urèthre en long au-dessus et au-dessous de la cicatrice, puis fendit longitudinalement cette dernière; et enfin pratiqua par-dessous une sonde métallique la suture des lèvres saignantes.

---

(1) Ledran, *Observations de chirurgie*, t. II, p. 184, obs. 78, 1731. J'ai lu avec beaucoup de soin ce chapitre intéressant, ainsi que celui qui se trouve dans les *Opérations de chirurgie*, p. 352, 1742, et j'affirme que Ledran n'a jamais eu pour but, en incisant le périnée, de pratiquer une voie de dérivation à l'urine. Il se proposait seulement d'agir sur les fistules directement et de faire fondre les callosités. Il n'a donc nullement songé à faire la boutonnière véritable, mise en usage depuis par Viguerie, Ségalas, Ricord, Goyrand, etc. C'est M. Jobert qui a accrédité cette erreur relative à Ledran, et qui maintenant se propage partout. L'idée de la boutonnière dérivative a été très-nettement formulée par Louis, que personne ne cite à ce propos.

Six jours après la réunion était solide. Au dire de M. Dolivera, Lassus aurait obtenu un succès pareil, en 1786, pour un rétrécissement traumatique de la région périnéale. Je pourrais multiplier les exemples et trouver, surtout depuis la renaissance de l'uréthrotomie externe, un bon nombre de faits dans lesquels des rétrécissements infranchissables, traumatiques ou non, avec ou sans perte de substance, ont été incisés longitudinalement, et dans lesquels aussi la paroi uréthrale inférieure s'est réparée sans opération autoplastique.

J'amène la question sur ce terrain pour aller au-devant d'une objection ; on pourrait demander, en effet, si, dans le cas de M. Arlaud, l'autoplastie était indispensable, s'il ne fallait pas se contenter d'avoir rétabli le canal, et si, enfin, il n'y avait pas lieu d'attendre au moins que la nature eût rempli son rôle avant de faire appel à l'art.

J'ai déjà fait remarquer que la restauration spontanée des pertes de substance de la région pénienne était peu à espérer. De plus, les bouts du canal étaient fort écartés, et l'étoffe manquant pour refaire un segment d'urèthre par suture ou par granulation, il était nécessaire d'emprunter aux parties molles voisines de quoi combler la brèche. L'autoplastie était donc indiquée d'une manière à peu près suffisante. Ceci accepté, fallait-il la différer ? Je n'en vois pas la raison. Ce qui rend le traitement autoplastique très-long, c'est qu'on est presque toujours obligé de procéder à la dilatation préliminaire des extrémités divisées du canal. Or, dans le cas actuel, cette première étape venait d'être parcourue en quelques minutes, la section des bouts de l'urèthre venait de vaincre leur rétrécissement ; il suffisait de quelques incisions peu étendues pour former des lambeaux ; on conçoit donc que M. Arlaud ait rempli jusqu'au bout le rôle chirurgical. Peut-être, à la vérité, l'état général assez grave dans lequel se trouvait le malade était-il une contre-indication ; mais, en revanche, on pouvait espérer quelque chose du soulagement extrême qu'on lui procurait. Et d'ailleurs, deux opérations entraînent ordinairement plus de chances funestes qu'une seule.

Pour ma part, la conduite qu'a tenue notre confrère, abstraction faite du succès, qui n'est pas le seul critérium des indications, cette conduite, dis-je, me donne beaucoup à réfléchir ; peut-être dans les cas où le rétrécissement des bouts de l'urèthre est peu marqué, pourrait-on remplacer la dilatation préliminaire par deux incisions longitudinales du canal et procéder sur-le-champ à l'autoplastie, dont le succès ne serait sans doute pas compromis par cette modification. Votre rapporteur vous soumet humblement cette idée, qui ne choque pas le bon sens.

Par suite de la variété des lésions, des progrès de l'art, ou par l'effet de l'imagination féconde des chirurgiens, il existe aujourd'hui dans la science presque autant de procédés d'uréthroplastie que d'opérations de ce genre couronnées de succès. Chacun invente le sien ou modifie celui des autres, et si j'écrivais en ce moment l'histoire complète de l'autoplastie de l'urèthre, j'aurais de longues pages à consacrer à la seule description de cette richesse opératoire. M. Arlaud a imité ses prédécesseurs ; seulement, au lieu de se mettre en frais d'invention, il a mieux fait, suivant nous, c'est-à-dire qu'il a choisi, parmi les innombrables procédés autoplastiques, celui que M. le docteur Roux (de Brignolles) avait appliqué déjà avec succès à la guérison d'une fistule aérienne, et qu'il a désigné sous le nom d'*autoplastie à doublure* ou à *double plan de lambeaux*.

Cet emprunt fait à la médecine opératoire d'une autre région doit avoir autant de mérite, à nos yeux, que l'invention d'un procédé nouveau. En effet, l'autoplastie compte maintenant d'assez nombreuses ressources pour que l'ingénieux esprit des chirurgiens s'arrête quelque peu. Il est temps d'utiliser les matériaux acquis, et il suffira à un praticien de se mettre au courant de la science pour y trouver tout élaboré et déjà sanctionné par l'expérience le moyen dont il pourrait avoir besoin.

Comme le remarque M. Arlaud, le procédé en question est une émanation de la *méthode par glissement*, que nous appelons patriotiquement méthode française, quoique l'épithète d'ancienne ou de romaine lui soit plus justement applicable. Ce qui le caractérise, c'est l'importante modification apportée par son auteur dans la manière de souder les lambeaux entre eux.

Depuis longtemps déjà l'idée a surgi de pallier l'influence fâcheuse de l'urine sur les plaies saignantes en affrontant ou en juxtaposant de larges surfaces avivées, au lieu de rapprocher seulement des bords minces ; c'est là même un des principaux caractères différentiels entre l'uréthroraphie et l'uréthroplastie. J'accorderai sans peine que le procédé de M. Roux (de Brignolles) remplit bien cette indication en faisant chevaucher l'un sur l'autre, à la manière de deux tuiles, le bord libre de chaque lambeau ; son extension à la réparation de l'urèthre me paraît donc heureuse ; mais il est juste de dire que dès 1850 la même idée avait été réalisée dans ce qu'elle a d'essentiel par la *thécoplastie* de M. Gaillard (de Poitiers), que j'appellerais volontiers *autoplastie par invagination*.

Cependant, si j'avais à choisir entre les deux, je préférerais la première à la seconde. La *thécoplastie* est passible, en effet, de plusieurs

objections qui dès la première lecture frappent l'esprit, et qui ont été déjà pressenties par notre confrère M. Diday (de Lyon) dans un de ces articles de lumineuse critique qui lui sont familiers (1).

C'est donc sans hésiter que je déclare le procédé suivi par M. Arlaud un des meilleurs qu'on puisse employer à la cure d'une fistule de la partie moyenne de la verge. Conjointement avec celui de M. Nélaton, il offre plus de chances de réussite que la plupart des autres. Voici quels avantages je lui reconnais :

1° Les lambeaux sont pris à la partie inférieure de la verge et du scrotum, c'est-à-dire dans le point où, avec une mobilité égale, l'extensibilité des téguments acquiert son maximum.

2° En formant deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur, qui marchent à la rencontre l'un de l'autre, on évite les dissections et les décollements trop étendus, c'est-à-dire qu'on diminue les chances de sphacèle.

3° On parvient encore à éviter les tiraillements exagérés du tégument destiné à constituer l'opercule, et si survenaient ces érections qui ont compromis tant d'opérations de ce genre, on parviendrait à en pallier l'inconvénient en relevant le scrotum contre la verge au moyen d'une large bandelette agglutinative.

4° Grâce à l'imbrication des lambeaux, la suture dont la réussite importe le plus, c'est-à-dire celle qui réunit le sommet des deux lambeaux, est presque entièrement soustraite au contact de l'urine. On peut d'ailleurs faire qu'elle ne corresponde pas directement à la perforation uréthrale. Si la réunion s'effectue dans ce point, le succès définitif est à peu près certain, quand bien même les sutures latérales viendraient à manquer.

5° La section du filet, le débridement du limbe préputial à sa partie supérieure, une incision à distance sur le scrotum, suivant les cas, donneraient d'ailleurs aux lambeaux beaucoup de liberté sans compliquer notablement l'opération.

Cette opération me paraît surtout bien préférable aux procédés à un ou deux lambeaux latéraux, qui entraînent ou le tiraillement exagéré du tégument dans le sens transversal, ou la nécessité de pratiquer sur le dos et les côtés de la verge des incisions suivies de larges plaies béantes. Jusqu'à ce jour ces procédés ont fourni beaucoup plus de revers que de succès, ce qui m'engage à les proscrire sinon d'une

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1853-1854, t. Ier, p. 82.

manière absolue, au moins toutes les fois qu'on pourra les remplacer par d'autres.

Il serait plus difficile d'établir le parallèle entre l'uréthroplastie à double plan de lambeaux et la méthode indienne, qui depuis Astley Cooper a obtenu déjà plusieurs succès. Peut-être faudrait-il réserver cette dernière pour les perforations qui occupent l'angle même de la verge et du scrotum, et l'abandonner au contraire pour les perforations qui se rapprochent du gland. Dans ces questions épineuses de procédés d'élection, il ne faut pas oublier que toutes les conditions sont égales d'ailleurs. La méthode par glissement et ses dérivés l'emporte presque toujours sur la méthode qui emploie des lambeaux à pédicule plus ou moins droit et plus ou moins tordu.

Malgré toutes ces considérations favorables, n'oublions pas que le succès couronne souvent la première application d'un procédé, et plus tard ne se renouvelle pas ; différons donc un jugement définitif jusqu'à ce que l'uréthroplastie par doublure ait reçu par de nouveaux faits sa consécration pratique.

Mais je reviens à l'opération (1). Les suites en sont exposées avec des détails très-complets et très-satisfaisants. La guérison fut traversée par quelques accidents généraux assez graves, sur lesquels je vais revenir. Les accidents locaux furent presque nuls ; ils se bornèrent à une légère excoriation du scrotum et à une hémorrhagie insignifiante succédant à l'ablation d'une épingle qui avait été implantée dans le corps caverneux. L'opération avait été pratiquée le 29 mai. La réunion des lambeaux était complète le 4 juin, c'est-à-dire six jours après. Un peu d'urine passait cependant le 10 par un décollement limité du lambeau scrotal, ce qui n'empêcha pas notre malade de quitter l'hôpital le 17, vingt jours après son entrée. Le pertuis donnait passage à quelques gouttes d'urine, il y remédiait déjà en appliquant son doigt sur l'orifice pendant la miction ; mais un point de suture entortillée fit justice de ce même reliquat, et le 25 tout était fini.

La guérison radicale avait donc exigé à peine vingt-cinq jours ! Ne fût-ce que sous ce point de vue, cette observation serait des plus rares.

---

(1) M. Arlaud fixa les lambeaux au moyen d'une serre-fine et de quatre points de suture entortillée ; ce passage est trop concis. Il eût été important de savoir comment le chevauchement des lambeaux fut maintenu ; un dessin, si grossier qu'il fût, eût été très-utile. Je constate toutefois que les points de suture n'ont pas été aussi multipliés que dans beaucoup d'autres uréthroplasties.

En effet, dans les opérations ordinaires, on compte ordinairement trois phases, quelquefois quatre, pour l'accomplissement desquelles il faut des mois, sinon des années, et je ne parle ici que des cas terminés par la guérison.

On consacre d'abord un temps notable à la préparation du canal, c'est-à-dire à lui rendre une capacité suffisante pour la dilatation ; puis on procède à l'opération principale, à l'autoplastie. Quand la réunion s'opère dans les deux tiers ou les trois quarts de la plaie, on s'estime très-heureux ; encore n'est-ce presque jamais l'adhésion primitive qui arrive à ce résultat.

Puis viennent les opérations consécutives destinées à oblitérer les petites fistules, fractions de la première, et qui lui survivent avec une opiniâtreté désespérante ; les agglutinatifs, les cautérisations avec la teinture de cantharides, le nitrate d'argent, le fer rouge, les points de suture entortillée se succèdent pendant plus d'un an quelquefois avant de faire disparaître un minime pertuis.

Enfin, quand on a pratiqué la boutonnière, il faut attendre d'ordinaire plusieurs mois pour que le canal reprenne seul les fonctions d'excrétion.

Je ne crois pas exagérer en fixant à neuf ou dix mois environ la durée moyenne du traitement des uréthroplasties, sans parler des cas où par le fait de plusieurs insuccès consécutifs les malades sont restés quatre ou cinq années sous la férule chirurgicale.

Vous allez trouver, Messieurs, votre rapporteur bien exigeant quand il vous dira qu'il trouve encore trop longs les vingt-cinq jours que M. Arlaud a consacrés à sa remarquable cure, qui peut-être aurait pu sans peine être effectuée en six jours à peu près. Une assertion aussi téméraire exige des preuves. Je vais essayer de les fournir en discutant, pour clore ce rapport déjà trop long, un dernier point qui me paraît d'une importance majeure.

Comme tous les chirurgiens qui ont pratiqué l'uréthroplastie, M. Arlaud s'est beaucoup préoccupé du contact de l'urine avec les surfaces saignantes de la plaie réparatrice, et il a cherché à prévenir ce contact par l'un des moyens usités en pareil cas. Or ces moyens sont au nombre de quatre, savoir :

La sonde à demeure introduite par le méat et parcourant tout le canal de l'urèthre ;

La sonde à demeure placée dans une fistule périnéale préexistante ;

La boutonnière, c'est-à-dire une ouverture pratiquée à l'urèthre au voisinage du col de la vessie et dans un point où le canal est sain ;

Enfin, le cathétérisme répété autant de fois que l'envie d'uriner se fait sentir.

De ces moyens, le second n'est applicable que dans des conditions particulières qui n'existaient pas ici. La boutonnière a semblé trop périlleuse à notre confrère. Il ne paraît pas avoir songé à l'introduction réitérée de la sonde ; il a donc adopté la méthode ancienne, qui consiste à placer dans l'urèthre une sonde creuse qui, plongeant dans la vessie, est réputée soutirer le contenu de ce réservoir à mesure qu'il y afflue par les uretères, et soustraire ainsi les parois uréthrales au contact du fluide irritant.

J'appelle méthode ancienne l'emploi de la sonde à demeure, parce qu'il est presque invariablement prescrit depuis les premières tentatives faites pour rétablir la lumière du canal dans les cas d'hypospadias ou d'imperforation, et que depuis le seizième siècle il est également recommandé dans les cas d'incisions pratiquées sur l'urèthre par la main du chirurgien.

J'ai reculé, dès le début de ce rapport, devant la discussion complète relative à l'emploi de la sonde à demeure dans les plaies récentes de la verge. Je m'abstiens également d'en faire la critique pour les autoplasties de la portion pénienne. Je dirai seulement que ce corps étranger qui, d'un commun accord, n'empêche nullement le contact de l'urine avec la plaie, me paraît un obstacle sérieux à la réunion immédiate que l'on cherche à obtenir. Déjà il est proscrit presque complétement de la cure des fistules périnéales et scrotales; j'espère le voir abandonner avant peu dans l'uréthroplastie, et remplacé par le cathétérisme répété, qui compte déjà quelques succès (Nélaton). Tout en laissant de côté le fond de cette question importante, je ne puis m'empêcher d'appeler votre attention sur les accidents légers ou graves qui, dans l'observation de M. Arlaud, sont imputables à la sonde à demeure. Les détails que je vais extraire sont d'autant plus précieux et impartiaux, que notre confrère n'a nullement songé à incriminer le moyen qu'il a mis en usage.

On pourrait distinguer les accidents en locaux et généraux ; je préfère prendre jour par jour les phénomènes morbides tels qu'ils se sont présentés.

Dès le second jour, la *sonde était fortement serrée par le canal* au niveau de la restauration. Par conséquent, quelque minime que soit la quantité d'urine s'échappant entre l'instrument et le col vésical, elle devait séjourner immédiatement au-dessus de la surface saignante et tendre à s'infiltrer sous le lambeau scrotal.

Troisième jour, ténesme vésical. On peut l'attribuer à la présence de la sonde au col de la vessie.

Quatrième jour, l'urine est arrivée dans le canal, *car il en passe quelques gouttes par la plaie.* Voici donc, à partir de ce moment, la sonde insuffisante ; et ceci coïncide avec ce que tout le monde a vu : c'est-à-dire que la sonde fonctionne seule pendant un temps qui varie d'un à quatre jours, au bout duquel une voie s'établit pour le fluide urinaire entre elle, le col de la vessie, et partant les parois du canal. Dès que les choses en sont arrivées là, je ne vois plus l'utilité de la sonde, à moins qu'on ne me prouve que l'action délétère de l'urine est en raison de sa quantité, et que le passage intermittent de toute la colonne liquide est plus pernicieux que son écoulement minime mais continu.

Le cinquième jour, il y a du ténesme anal. *Ce qui tourmente le plus le malade*, nous dit M. Arlaud, *ce sont les ardeurs du canal de l'urèthre.* Il y a uréthrite, comme l'atteste un peu de pus crémeux qui sort par le méat. Le lendemain, l'urine ne coulait pas seulement par la plaie, elle s'échappe entre la sonde et le méat. Désormais donc, elle parcourt librement tout le conduit et baigne toute la zone saignante reconstituée par l'autoplastie.

Jusqu'à ce moment, il n'y avait eu que des accidents locaux. Des phénomènes de réaction générale vont survenir et prendre exactement le caractère de ces accès fébriles si menaçants qui compliquent le cathétérisme et l'emploi des sondes à demeure.

Le sixième jour, en effet, la fièvre s'allume et s'accompagne d'insomnie et d'une céphalalgie qui est très-violente ; le lendemain le pouls augmente progressivement de fréquence. Le ténesme vésical s'accroît, le sommeil est agité. Ces accidents ne prennent pas leur origine dans la plaie ; car c'est précisément alors qu'on constate la réunion complète des lambeaux.

Le huitième jour, les symptômes s'aggravent. Anorexie, soif vive, langue sèche. Un frisson apparaît suivi de chaleur et de sueur. Voilà l'accès de fièvre uréthrale bien dessiné. On donne le sulfate de quinine et l'émétique. La fièvre continue et se complique de douleurs intenses dans la région membraneuse et au col vésical. Les articulations des genoux se prennent. Le passage des urines détermine dans le canal une sensation de brûlure. L'*inflammation uréthrale*, au dire de l'auteur, *déterminée par la présence de la sonde, explique tous ces symptômes.* Cela est vrai ; mais alors pourquoi continuer un moyen dont l'influence fâcheuse est si évidente? Heureusement tout se calme spontanément

vers le onzième jour; mais la réunion, qui était complète le sixième jour, s'est détruite en un point, le lambeau scrotal s'est décollé partiellement, et voici l'urine qui retrouve une issue au niveau de ce décollement.

Préoccupation singulière. Notre confrère a très-bien apprécié le rôle de la sonde dans le développement des accidents que je viens d'énumérer, et cependant il ne songe pas à la supprimer. Toutefois, craignant la rupture, il se met en devoir de la changer. Ce qui l'y détermine encore, c'est la sollicitation du malade, qui est incommodé par les frottements rudes et douloureux que la sonde exerce dans son canal. Cette sonde est retirée, on la trouve incrustée de sels uriques, rugueuse, dépolie. Son calibre, remarquez bien cette phrase, son calibre est presque entièrement effacé par des grumeaux de fibrine et du mucus épaissi. A quoi donc servait-elle alors, si ce n'est à irriter l'urèthre et à provoquer la rétractilité du tissu inodulaire? Je suis convaincu que le décollement du lambeau scrotal est dû à l'uréthrite, et que celle-ci a été enfantée par la sonde. Si donc celle-ci avait été enlevée le sixième jour, la guérison aurait été complète ce jour-là.

Mais je poursuis. Aussitôt que la sonde fut retirée, le malade urina à plein jet par le méat. Une nouvelle sonde fut placée, elle butta contre la virole inodulaire, mais la franchit sans coup férir. Le jour suivant, le malade allant à la selle, la sonde fut expulsée spontanément, et l'urine encore une fois s'échappa à plein canal et sans difficulté. L'opéré, effrayé, replaça lui-même l'instrument.

Le lendemain, dix-huitième jour, nouvel accès fébrile de trois heures, accompagné de douleurs articulaires. La sonde est retirée à onze heures du soir, les douleurs articulaires cèdent aussitôt; *et pour la première fois depuis l'opération, le malade dort le reste de la nuit jusqu'à sept heures du matin.*

Ce passage est, je crois, assez significatif pour pouvoir se passer de commentaires.

A partir de ce jour, le cathétérisme intermittent est recommandé; mais l'opéré quitte l'hôpital le lendemain, et il émet bientôt les urines sans précaution et sans conducteur. La suture, faite le 25, réussit complétement et du premier coup; il y avait huit jours que la sonde à demeure avait été supprimée. Il existe peu d'observations qui mettent mieux en lumière les inconvénients de la pratique contre laquelle je m'élève. Cependant je pourrais sans peine trouver des arguments analogues nombreux dans les autres relations d'uréthroplastie. J'ai rassemblé dans mes notes, et avec l'espoir d'une discussion générale, deux

séries de faits. La première renferme des cas heureux où la sonde à demeure n'a pas été mise en usage ; dans la seconde sont réunis les accidents qui ont pris naissance sous son influence. Accidents dont la véritable cause, plusieurs fois entrevue, n'a sans doute pas été assez nettement formulée jusqu'ici pour modifier la pratique générale.

L'insuffisance de la sonde, sinon ses dangers, d'une part, et de l'autre, une crainte exagérée de l'influence de l'urine, ont à leur tour engendré un nouvel expédient d'une efficacité douteuse, comme le démontre un fait tiré de la pratique de notre collègue M. Goyrand. Cet expédient, c'est la boutonnière périnéale. Plusieurs chirurgiens ont déjà remarqué que ses avantages ne compensaient pas ses inconvénients. Ils ont réussi sans y avoir recours, et avant longtemps, sans doute, elle sera complétement abandonnée (1).

Je ne puis résister au désir de citer un passage écrit il y a plus de trente ans pour les fistules urinaires en général, mais qui s'applique rigoureusement aux autoplasties uréthrales :

Deux conditions, dit l'auteur, sont nécessaires à la cicatrisation d'une plaie :

1° Il faut que l'inflammation dont elle est le siége soit peu forte ;

2° Que l'humidité qui la recouvre soit peu considérable.

Les topiques irritants enflamment les plaies. Les cataplasmes les rendent fongueuses, un cautère qui renferme un corps étranger reste ouvert ; or, la sonde à demeure produit ces trois effets :

1° Elle irrite, enflamme le canal et la plaie qu'il présente dans un de ses points ;

2° Elle détermine une sécrétion abondante de mucosités qui baignent continuellement la plaie et y entretiennent cette humidité superflue si nuisible à sa guérison ;

3° Enfin, la sonde est pour la plaie du canal ce qu'un pois est pour celle d'un cautère.

On obvie à ces trois inconvénients, et l'on obtient que l'urine ne passe pas par le trajet fistuleux, en introduisant une sonde chaque fois que l'envie d'uriner se fait sentir. Le malade aura bientôt appris à se sonder.

Ce passage, aussi remarquable sous le rapport physiologique que

(1) MM. J. Jobert, Nélaton, Gaillard, etc., ne l'ont pas pratiquée. M. Sédillot la rejette ; il indique que dans un cas elle a amené la mort. (*Traité de médecine opératoire*, t. II, p. 535, 2e édit., 1855.)

sous le rapport pratique, est sorti de la plume de Ducamp (1). Percy partage cet avis, et déclare la sonde à demeure un moyen long, infidèle, dangereux, qui ne mérite aucune confiance (2).

La physiologie est si intimement liée à la thérapeutique, elle lui fournit tant de lumière et en reçoit à son tour des éclaircissements si précieux, qu'il n'est pas une observation qui ne soit susceptible de longs commentaires dans cette direction.

Le fait de M. Arlaud pourrait donc soulever une discussion d'un haut intérêt sur le rétablissement de la circulation dans les organes érectiles et de la sensibilité après la section des nerfs et la perte de rapport des bouts divisés.

La faculté d'érection et de copulation complète après une séparation aussi étendue de l'urèthre et du corps caverneux est également très-remarquable; mais je comprends que j'ai déjà trop longtemps fatigué votre patience, et je remets à une autre occasion l'examen de ces curieuses questions.

Je m'arrête donc en vous faisant remarquer qu'à une grande authenticité le travail de notre confrère joint une qualité précieuse à mes yeux, celle de la consécration du temps. La publication n'est pas prématurée, et il ne s'agit pas ici d'un de ces succès proclamés avant que le malade ait quitté l'hôpital. L'opéré a été suivi pendant six mois, et si ce laps de temps ne nous garantit pas contre les chances de récidive du rétrécissement traumatique, au moins il est plus que suffisant pour établir le succès définitif de la belle opération qui a été pratiquée.

Nous vous proposons donc :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur;

2° De déposer honorablement ses travaux dans nos archives ;

3° De nommer M. Arlaud membre correspondant de la Société de chirurgie.

---

(1) *Traité des rétentions d'urine*, 3e édit., pag. 237, 1825.

(2) *Rapport à l'Institut* par Deschamps et Percy. 6 mai 1822, ch. II.

Séance du 22 juillet 1857.

Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. VERNEUIL présente deux jeunes malades, l'un opéré, l'autre à opérer.

Ces deux enfants ont subi autrefois des congélations des pieds qui ont détruit, chez le premier, toutes les phalanges, chez le second, tout l'avant-pied jusqu'aux cunéiformes.

Chez ces deux enfants, la cicatrisation, qui a été abandonnée aux soins de la nature, a été fort longue; elle a laissé une espèce de difformité qu'on peut comparer à la conicité du moignon. En effet, il existe à l'extrémité de ce moignon une plaie couverte de bourgeons charnus, et dont la cicatrisation a été plusieurs fois presque complète, puis détruite.

Le premier de ces enfants a subi l'amputation dans la continuité du métatarse avec le plus grand succès. La marche s'effectue aujourd'hui de la manière la plus satisfaisante.

M. Verneuil se propose de faire à l'autre enfant l'extraction de plusieurs des os du moignon de manière à refaire des lambeaux suffisants.

Ces deux observations seront publiées avec détail.

M. BROCA. J'ai vu à la Charité un cas semblable à ceux-ci. Un jeune homme, ayant eu les pieds gelés, avait perdu les orteils et de plus les têtes métatarsiennes. Quand je vis le malade, la plaie, toujours ouverte, durait depuis dix mois. Il était impossible que la réunion pût se faire, surtout d'une façon durable. Je fis une amputation complexe. Les trois premiers métatarsiens furent coupés à l'union de leurs deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur; les deux derniers furent désarticulés. La cicatrice s'est bien faite. Ce garçon est présentement infirmier à la Charité, et il marche sans boiter.

Dans cette opération, je me trouve avoir suivi une règle posée par M. Jules Cloquet, qui conseille, dans l'amputation tarso-métatarsienne, de scier, au lieu de désarticuler, le deuxième métatarsien pour éviter d'entrer dans les jointures du tarse.

M. VERNEUIL. J'ai obéi à cette même règle; mais cependant au besoin je n'aurais pas hésité à aller plus loin. La chirurgie doit être au-

tant que possible conservatrice, sans pourtant outrer ce précepte. Pour trop ménager, on s'expose à une opération incomplète. Tout récemment j'opérais un jeune homme pour une carie du tarse, et je pratiquais l'amputation sous-astragalienne : chemin faisant, je m'aperçus que l'astragale avait perdu sa consistance ; on le sentait céder sous le doigt et le stylet le traversait. J'en fis le sacrifice. Bien m'en prit : le centre de l'os était occupé par un abcès.

M. LARREY cite, à l'appui des observations précédentes, un fait de congélation du pied pour lequel il a pratiqué la résection des deux premiers métatarsiens. La dénudation persistante de ces deux os s'opposait seule à la cicatrisation des parties molles détruites par la gangrène.

M. Larrey a d'ailleurs vu au Val-de-Grâce des cas analogues à celui-là chez des militaires qui avaient eu les pieds gelés en Crimée.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. VERNEUIL relit les conclusions de son rapport sur le travail de M. Arlaud.

La Société décide le dépôt aux archives de ce travail.

Elle vote ensuite sur la nomination de M. Arlaud au titre de membre correspondant.

M. Arlaud (de Rochefort) est nommé membre correspondant à la majorité des suffrages.

La Société décide que le rapport de M. Verneuil sera publié dans les *Bulletins.*

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Sandras demande l'avis de la Société sur une affection singulière de la vue dont son frère est atteint.

La Société reçoit :

OUVRAGES IMPRIMÉS.

MM. Larrey. *De l'éthérisation sous le rapport de la responsabilité médicale.*

Lecadre. *Études sociales, hygiéniques et médicales sur les ouvriers employés aux travaux du Havre.*

LECTURE.

M. HOUEL lit un rapport sur une observation de M. Leclerc, professeur à l'Ecole secondaire de Caen.

COMMUNICATION.

M. LARREY. La réunion immédiate des plaies, dans l'acception absolue du mot, est assez rare, à Paris du moins, pour que je croie

devoir en communiquer un exemple à la Société. Il s'agit d'un honorable confrère de province, M. le docteur Th..., ancien élève de l'hôpital des cliniques, chez lequel un lipome développé à la région cervicale postérieure près de l'épaule droite avait acquis depuis deux ans un volume considérable, égalant à peu près la tête d'un fœtus à terme. M. Th... s'étant adressé à moi pour être débarrassé de sa tumeur, la soumit d'abord à des mouvements propres à la mobiliser davantage et vint à Paris.

Je procédai le 2 juillet à l'extirpation de la tumeur, avec l'assistance de notre excellent maître M. Cloquet, et d'après son mode opératoire d'embrochement. L'énucléation fut facile et prompte; mais il résulta de l'ablation de la tumeur une vaste poche, qui me semblait exposée à la suppuration. Je réunis cependant avec des serre-fines les lèvres de la plaie, dans la plus grande partie de leur étendue, en laissant un simple hiatus à l'angle inférieur, pour l'écoulement présumé du pus. Une éponge imbibée d'eau froide, et soutenue sur toute la surface des parois, à l'aide d'un bandage légèrement contentif, fut enlevée le lendemain avec les serre-fines; la réunion paraissait déjà établie, et elle fut définitive au quatrième jour, sans qu'aucun travail de suppuration fût survenu. M. Th... retournait chez lui au sixième jour de l'opération.

M. DEMARQUAY. J'ai observé le même résultat dans un cas où j'étais bien loin de m'y attendre. Il s'agissait d'un lipome énorme de l'épaule, en voie de suppuration. Le cas était tellement mauvais, que j'hésitais à opérer, et pourtant la réunion se fit immédiate, et il n'y eut à peu près point de suppuration.

M. AD. RICHARD. Opérant une tumeur du cou avec M. Ménière, j'ai de même obtenu une réunion immédiate, mais sans la chercher. Car je crois que, dans ce cas, il y a tout profit à ne point réunir. Une fois, dans une amputation du cinquième métacarpien, j'ai eu aussi une réunion parfaitement immédiate. Cela doit être bien rare pour les amputations. M. Nélaton, à qui j'ai montré le malade, m'a dit avoir vu un fait semblable.

M. FORGET dit qu'il a enlevé un lipome de l'épaule, et qu'il a obtenu un résultat identique. Il pense que l'enkystement de ces tumeurs, qui permet de les énucléer et de les enlever ainsi sans dissection, c'est-à-dire sans diviser un grand nombre de vaisseaux, et par conséquent avec un écoulement de sang très-minime, est une condition des plus favorables à la réunion immédiate. Les éléments anatomiques en pré-

sence dans la plaie sont en outre similaires, autre disposition qui favorise singulièrement leur adhésion réciproque.

M. DESORMEAUX. J'ai vu en général des réunions immédiates à la suite de l'extirpation des loupes faites par le procédé suivant : j'incise de dehors en dedans toute l'épaisseur de la loupe, et j'arrache avec des pinces les deux moitiés du kyste ; je tiens cette pratique de M. Breschet.

Le secrétaire de la Société, AD. RICHARD.

Séance du 29 juillet 1857.

Présidence de M. BOUVIER.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la présence de M. le professeur Jœger, associé étranger.

M. le professeur Jœger est invité à signer au registre.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

M. MOREL-LAVALLÉE. A propos de la *tumeur du bras* présentée par M. Verneuil, tumeur qui changeait de consistance et de relief par la contraction du biceps, le procès-verbal contient une légère inexactitude. Je suis loin, comme on me l'a fait dire, d'abandonner l'idée que la tumeur est indépendante du muscle, et plusieurs de nos collègues qui n'ont pas pris la parole ont partagé cette opinion.

Je regrette qu'on n'ait pas appliqué l'électricité à cette tumeur; le défaut de tension, de contraction, n'eût pas manqué, suivant moi, de révéler sa nature non musculaire.

CORRESPONDANCE.

Demande de congé par M. Boinet.

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

F. C. Faye (de Christiania) : *Under sagelser augaaende inoculation af vaccine ; ag chankermaterie*, etc.

Docteur Verhæghe : 1° *Une semaine à Berlin. Coup d'œil sur l'enseignement médical en Prusse ;*

2° *Chéiloplastie à la suite de l'extirpation d'un cancer à la lèvre inférieure ; conservation du bord rosé de la lèvre pour réconstituer le contour de la bouche.*

COMMUNICATION.

Explosion des appareils à eau de Seltz. — M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai le regret d'appeler de nouveau l'attention de la Société sur les dangers de ces jolis appareils qui font, en ce moment surtout, l'agrément de nos tables en nous fabricant instantanément de l'eau de Seltz. D'autres accidents sont venus s'ajouter à ceux que je vous avais déjà signalés. Cette année même, un de ces appareils a fait explosion à la salle de garde de la Pitié, et l'interne de service a eu la chance d'y échapper, comme on échappe à celle d'une bombe, en se trouvant intercalé aux rayons que décrivent les éclats. Quelque temps auparavant, une sœur de l'hôpital Cochin avait été moins heureuse; elle avait reçu au poignet une blessure assez grave pour la priver pendant trois semaines de l'usage de sa main. Enfin, hier encore, à l'hôpital de Lourcine, une sœur — je pourrais le dire de toutes — aussi intelligente que dévouée aux soins de son service, avait elle-même chargé son appareil avec toutes les précautions possibles. Bientôt après, il éclate avec la détonation d'une pièce d'artillerie et fait trembler la salle. Un fragment a enlevé à 4 mètres de distance le milieu d'une vitre aussi nettement que s'il avait été coupé au diamant. Le trou est ovalaire, et il a 10 centimètres sur 9. Le rideau qui recouvrait la vitre a été déchiré dans une moindre étendue, ce qui tient sans doute à son extrême mobilité : il a été atteint par en bas, près de son bord flottant. Ce fragment s'est arrêté contre les matelas d'un lit presque contigu. Vous pouvez juger, à la manière dont il taille le verre, de la vitesse dont il était animé. Il a passé juste par la place qu'occupe ordinairement la sœur à son bureau; mais elle venait de la quitter; aussi peut-elle se regarder comme sauvée par miracle.

Voici les débris de cet appareil; quelques-uns ont la largeur de la paume de la main et à peu près 1 centimètre d'épaisseur; cela ne peut se comparer qu'à des éclats d'obus. Vous voyez que le treillage en canne qui entoure les deux ballons n'est qu'un moyen illusoire de renforcement; il a volé en morceaux comme le reste.

Généralement, et dans ce cas-ci en particulier, c'est le ballon inférieur qui s'est brisé. Je me suis donc attaché à rechercher si ses orifices de dégagement étaient libres. Ils l'étaient, en effet, parfaitement. Ceux de l'embout inférieur, élevés à une assez grande hauteur au-dessus du niveau du liquide, ne pourraient s'engorger qui si on secouait le mélange, ce qui n'avait point été fait. J'ai aussi visité le tamis placé à la base du ballon supérieur; aucun trou n'était obstrué, et je ne pense

pas que l'ébranlement de l'explosion ait pu exercer d'influence sur l'état de ces orifices.

Dans les accidents dont je vous avais entretenus précédemment, les appareils étaient chargés (c'est le mot) avec du bicarbonate de soude et de l'acide sulfurique ; dans ces derniers cas, ils l'étaient avec :

Bicarbonate de soude.	27 grammes.
Bisulfate de soude.	20 —

Ce sont les fabricants eux-mêmes qui fournissent les *cartouches* (c'est leur expression) toutes préparées.

Ainsi voilà des appareils qui fonctionnent depuis longtemps sans accident; ils sont toujours soigneusement chargés, avec les substances pesées et fournies par l'inventeur, et un beau jour, quand un long usage semblait devoir vous inspirer toute sécurité, ils éclatent avec fracas.

Quelle est donc la cause de ces explosions ? Si les appareils sont en bon état et la charge régulière, cette cause ne résiderait-elle pas dans l'intensité fortuitement excessive de la réaction qui produit le gaz? Cependant, comme c'est le ballon inférieur qui se brise en général, malgré une solidité égale à celle de l'autre, peut-être les bulles en se dégageant entraîneraient-elles des particules salines sur les trous si fins du tamis de communication ; d'où un engorgement amenant une pression exagérée dans le ballon inférieur.

Quelle qu'en soit l'explication, un ustensile de ménage qui présente de pareils dangers est condamné.

Nous ajouterons que les petits appareils à bascule qui servent à préparer le café sous les yeux des convives ne sont pas non plus exempts de ce grave inconvénient. Dans un cas, deux enfants ont reçu à la face de profondes blessures qui ont donné de vives appréhensions. N'y a-t-il pas là de quoi faire réfléchir ceux qui veulent absolument trouver dans un ustensile culinaire un instrument de physique amusante? Tous ces joujoux menacent les yeux et même la vie, et il faut les rejeter tant qu'on n'y aura pas adapté une soupape de sûreté.

Quant à l'appareil à eau de Seltz, comme il est d'une utilité réelle, nous appelons de tous nos vœux un perfectionnement qui en permette l'usage.

M. DEMARQUAY. Il y a quelques années, pendant que je remplaçais M. Lenoir, j'ai vu une jeune religieuse être victime des mêmes accidents que ceux qui vous ont été signalés par M. Morel.

Un appareil gazogène, en éclatant, venait de causer un accident

grave : un fragment de verre, en frappant un des yeux, avait amené une plaie de la sclérotique et de la cornée. Sous l'influence de la glace longtemps continuée, la malade a parfaitement guéri.

Quand je voulus faire des expériences avec l'acide carbonique afin d'en déterminer les propriétés anesthésiques, je fis construire un appareil très-simple, à l'aide duquel on peut donner des douches prolongées sans amener aucun accident et sans salir ou mouiller les linges des malades. Mon appareil, très-commode, est peu coûteux. Il se compose, comme tous les appareils gazogènes, de deux parties. Dans la partie inférieure, se trouve un mélange d'eau et d'acide sulfurique; dans la partie supérieure, une certaine quantité de bi-carbonate de soude, que l'on fait tomber à volonté dans la partie inférieure à l'aide d'une soupape. Un manomètre indique la pression supportée par l'appareil, par l'effet du dégagement du gaz. Si l'appareil peut supporter dix atmosphères sans se rompre, il est clair que si on ne le charge pas au delà de cinq à six atmosphères, il n'y a rien à craindre. Aussi, depuis près d'un an que je me sers de cet instrument, je n'ai vu survenir aucun accident, bien qu'il soit confié aux soins exclusifs d'un infirmier.

M. RICHET. Un jour, dans ma salle, pendant la visite, j'entendis un véritable coup de canon : c'était un de ces appareils qui sautait. Un éclat du cristal était entré de deux centimètres dans le plafond. Je n'ai pu trouver la cause de cet accident. Une infirmière fut blessée à la main. Depuis cette époque, j'ai sévèrement proscrit l'emploi de ces appareils à l'hôpital.

M. FOLLIN. Je connais deux cas semblables dans lesquels il y eut blessure du premier espace inter-métacarpien ; cela eut lieu chez un de nos anciens collègues, interne des hôpitaux.

Pour ce qui est des appareils à douches carboniques, le manomètre de M. Demarquay me semble une innovation peu heureuse. Je n'ai jamais eu d'accidents avec le simple bocal à trois tubulures, que j'emploie dans tous les cas. C'est le vase de chimie que chacun connaît, même les malades ; il ne coûte presque rien, et on obtient le dégagement de gaz que l'on désire. Une des tubulures sert au dégagement du gaz ; à l'autre est adapté un tube de sûreté ; la troisième est munie d'un tube qui se termine dans le vase par un bout effilé, et au dehors par un entonnoir ; elle sert à l'introduction de l'acide.

M. CAZEAUX. Je me joins aux remarques que vient de vous présenter M. Follin. Rien de plus simple que son appareil, et nous avons pour

garantie de son innocuité que de tout temps on s'en sert dans tous les laboratoires de chimie.

M. DESORMEAUX. Il est bon de connaître la composition du mélange qui, lors des accidents, servait au dégagement du gaz. On a prétendu en effet que si l'usage de l'acide sulfurique pouvait amener une explosion, celle-ci serait prévenue par l'emploi exclusif de l'acide tartrique.

M. RICHET. Dans le cas dont j'ai entretenu la Société, le mélange était l'acide tartrique et le bicarbonate de soude.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je ferai observer à M. Demarquay qu'il ne s'agit pas ici de l'instrument à douches, et que d'ailleurs la faible tension qui suffit dans ce dernier cas exclut jusqu'à l'idée d'un danger.

Suivant M. Desormeaux, dans les expériences instituées pour apprécier les appareils à eau de Seltz, à leur apparition, on aurait constaté que l'acide tartrique était la seule substance acide qui n'exposât pas aux explosions ; il serait alors bien étrange qu'on ne l'eût pas employé exclusivement ? Mais, si je suis bien informé, il y a eu aussi des accidents en ville, imputables sans doute à l'acide tartrique, dont on se sert généralement. Vous venez d'ailleurs d'entendre M. Richet.

LECTURE.

M. DANYAU lit un rapport sur le travail de M. Blot, intitulé : *De la désarticulation du bras dans un cas de version impossible.*

— La Société se forme en comité secret.

Le secrétaire de la Société, Ad. RICHARD.

Séance du 6 *août* 1857.

Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Enchondrome du doigt médius. — M. LARREY présente à la Société un officier des grenadiers de la garde entré récemment au Val-de-Grâce pour une tumeur située à la base du doigt médius de la main gauche, et paraissant de nature cartilagineuse. Voici l'origine et les caractères de cette tumeur.

M. S..., âgé de vingt-neuf ans, d'une bonne constitution, n'ayant ja-

mais eu de maladie syphilitique, jouait, au mois d'août 1853, avec un de ses camarades qui lui serra violemment la main au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. Cette pression, exercée par les deux mains réunies, détermina instantanément une très-vive douleur qui persista jusqu'au lendemain, vers le bord interne de la racine du doigt médius, sans crépitation appréciable et sans trace d'ecchymose. Mais dès le second jour de l'accident, et dans le point indiqué, apparut de la tuméfaction, avec douleur au contact. Ce gonflement, assez bien limité à l'étendue de la première phalange et de forme arrondie, n'inquiéta point M. S..., qui continua son service ; cependant, au bout de huit à dix jours, il s'aperçut de la formation d'une petite tumeur du volume et de la grosseur à peu près d'une noisette, d'une consistance un peu dure et indolente, écartant le médius de l'annulaire et tendant à s'accroître insensiblement. Elle devint en effet, après quelques semaines, aussi forte qu'une grosse noix et resta ainsi stationnaire pendant plus de trois années.

Mais depuis le mois d'avril ou de mai dernier, cette tumeur parut s'accroître davantage, et le médecin aide-major du régiment, M. le docteur Perrin, voulant me la faire examiner, accompagna l'officier au Val-de-Grâce. M. Bégin s'y trouvait en ce moment par occasion, et d'après la cause et le siége de la tumeur, d'après son mode de développement, d'après sa consistance élastique, sa mobilité, séparable de la phalange, et son insensibilité complète, ainsi que d'après l'intégrité de la peau et l'absence de toute complication, nous pûmes admettre que c'était probablement un enchondrome, dont l'extirpation deviendrait nécessaire.

En attendant l'opération, et pour la faciliter, j'engageai M. S... à mobiliser sa tumeur autant qu'il le pourrait. Il consulta aussi quelque temps après un chirurgien civil dont il a oublié le nom, et qui lui fit deux ponctions exploratrices. Rien qu'un peu de sang s'écoula.

Le malade entra enfin le 24 juillet au Val-de-Grâce, où il fut examiné par MM. Lustreman, Mounier et Baizeau, plus particulièrement. M. Lhonneux, mon aide de clinique, a recueilli avec soin son observation, et de notre dernier examen il résulte, comme on peut le voir, que la tumeur, de forme irrégulièrement ovoïde, longue de 4 centimètres au niveau du doigt et saillante de 2 centimètres, se prolonge du bord interne de la première phalange à la face palmaire, au delà du pli cutané interdigital. Elle est un peu déprimée par la pression de l'annulaire, qui se trouve d'ailleurs assez fortement écarté du médius et gêné dans ses mouvements. Elle offre la consistance déjà indiquée, dure,

élastique, fibro-cartilagineuse, et assez de mobilité pour ne paraître ni adhérente à la phalange, ni en rapport avec l'articulation, ni fixée enfin à la gaîne distendue. Les mouvements du doigt sont conservés, mais la flexion est limitée par le volume de la tumeur. La peau, quoique tendue, est intacte, et nulle pression même assez forte ne provoque de douleur. Le malade nous assure que la grosseur était dans le principe beaucoup moins dure, et qu'elle a acquis une consistance plus ferme en augmentant de volume. Il désire en être débarrassé le plus tôt possible.

Telles sont, en définitive, les conditions dans lesquelles il se présente à nous. On voit là presque tous les caractères assignés aux enchondromes; et je me propose, ajoute M. Larrey, sauf l'avis de mes honorables collègues, de pratiquer l'extirpation de cette tumeur, en conservant le doigt.

M. AD. RICHARD. La nature de la tumeur me paraît claire : c'est une tumeur fibro-cartilagineuse, mais avec très-peu de cartilage, probablement quelques îlots disséminés. Il y a toutes les transitions possibles entre les enchondromes purs et les tumeurs analogues à celle qui nous est présentée ici. Elles ont du reste, dans tous les cas, je ne parle que de celles des doigts, la même marche, le même siége. Ce siége est le point capital du diagnostic et du traitement. Or, malgré la mobilité de cette tumeur, elle part de l'os; à quelle profondeur, dans quelle étendue? je n'en sais rien. Mais sa connexion intime avec la phalange me paraît une contre-indication formelle à ce que l'extirpation pure et simple, respectant l'os, soit tentée. Je ne dis pas qu'il faut amputer le doigt, rien n'y oblige absolument, bien que tôt ou tard on y sera forcé. Mais si l'on doit présentement agir, c'est la seule chose à faire.

M. HUGUIER. J'ai la même opinion que M. A. Richard sur la nature de la tumeur; mais mon pronostic est moins sévère. Dans deux cas semblables, j'ai respecté la phalange, et je crois qu'elle était saine, bien qu'elle fût déprimée en une partie de sa longueur. Quoi qu'il en soit, la guérison a eu lieu. Je dois pourtant dire que je n'ai pas revu ces malades. Pour moi, chez l'officier que vient de nous présenter M. Larrey, je ferais l'extirpation de la tumeur, quitte à désarticuler séance tenante, si la vue des parties m'en démontrait la nécessité.

M. LARREY. C'est là ce que je compte faire, et j'espère pouvoir ainsi conserver le doigt du malade.

Amputation à la base des malléoles. — M. A. GUÉRIN présente un

jeune homme déjà montré à la Société. C'est celui qui, amputé à la base des malléoles, porte un moignon recouvert par toute la peau du talon, et marche à l'aide d'une bottine extrêmement simple, sorte de pied d'éléphant.

Chez ce jeune homme, la continuation de l'affection diathésique a déterminé une ostéite suppurée très-étendue de la moitié supérieure du tibia, et malgré cela le moignon est resté parfaitement sain.

M. VERNEUIL. On voit sur le malade de M. Guérin quel avantage il y a d'appliquer sur le moignon de grands lambeaux. Une fois je fus forcé de faire une amputation tibio-tarsienne au lieu d'une sous-astragalienne que j'avais commencée. Mes lambeaux paraissaient démesurés; mais peu à peu tout s'est régularisé, et le résultat est devenu très-beau. Les lambeaux ne sont jamais trop grands.

M. LARREY croit devoir rappeler une distinction qu'il a proposée dans l'une des précédentes discussions sur les amputations de la jambe à son tiers inférieur. C'est de ne point confondre celles qui sont faites au-dessus des malléoles avec celles qui sont pratiquées dans l'épaisseur même de ces deux extrémités osseuses, et qu'il désigne sous le nom d'*amputations intra-malléolaires*. Il croit celles-ci, dans les cas indiqués, bien plus rationnelles que celles-là, eu égard surtout aux résultats définitifs de la cicatrisation et de la prothèse. On a bien moins à craindre l'ulcération et la conicité du moignon, l'ostéite et la nécrose dans l'amputation intra-malléolaire que dans l'amputation sus-malléolaire; et si les conséquences de l'une et de l'autre opération étaient bien observées dans un certain nombre de cas, on reconnaîtrait combien cette distinction est fondée.

M. GUÉRIN. Cela est vrai; mais le résultat que j'ai obtenu chez mon malade devrait toujours être cherché dans l'amputation sus-malléolaire, si elle était faite au lieu convenable, c'est-à-dire très-bas. Un grand lambeau emprunté à la peau du talon fournirait un moignon bien supérieur à ceux qu'on voit généralement.

Mal perforant de la jambe. — M. AD. RICHARD présente une jeune fille de treize ans qui offre à la jambe une affection qui ne saurait être rapportée à rien de ce qui est généralement connu.

Il y a quatre mois, quand je pris le service de l'hôpital des Enfants, je trouvai cette enfant dans l'état suivant :

Santé générale parfaite. Aucune trace, aucun précédent de lymphatisme. Toute la face postérieure de la jambe droite, excepté ce qui avoisine les articulations du genou et du pied, est criblée de trajets fis-

tuleux. Au nombre d'une dizaine, ces trajets sont remarquables par leur longueur, qui varie de 4 à 12 centimètres, et par l'aspect de l'ulcère qui les termine à la peau ; l'ulcère est inégal, un peu serpigineux, sans granulations apparentes, sale et légèrement grisâtre.

Cette fille était depuis longtemps dans les salles. Une foule de médications générales et locales avaient été mises en usage inutilement : bains sulfureux, iodure potassique à l'intérieur; puis injections iodées très-persévérantes, applications d'eau chlorurée, etc.

La maladie n'a pas été précédée de phlegmon, ni d'aucun appareil inflammatoire ; elle paraît s'être lentement établie. Le mollet est amaigri, le tissu cellulaire sous-cutané disparu presque partout, le derme plaqué sur le plan musculaire superficiel. Le stylet voyage sous la peau ou dans l'épaisseur de la masse charnue superficielle. Il ne touche jamais les os ; il n'y a jamais issue d'aucune portion sphacélée.

Dans l'ordre des affections connues, on pourrait penser à deux choses :

1° A une sorte d'affection nécrosique d'une aponévrose de la jambe, ou aponévrose d'enveloppe, ou portion large du tendon d'Achille, ou fascia médian d'implantation du soléaire. Mais au début, jamais rien de phlegmoneux n'a existé dans le membre, aucun détritus gangréneux; et comment expliquer, en pareil cas, l'aspect malin des ulcères, épanouissement des fistules ?

2° Dans des occasions semblables, l'idée se présente toujours d'une affection syphilitique. Ici, ce serait l'affection tertiaire des muscles. Certes, cette curieuse et intéressante maladie ne s'offre pas avec ces caractères, même dans sa période la plus avancée. Mais enfin, il fallait en avoir le cœur net; et pendant trois semaines j'administrai à l'enfant 1, puis 2 grammes d'iodure potassique, et en même temps une cuillerée à dessert, puis deux de liqueur de Van Swiéten. Malgré ce traitement mixte, très-bien supporté par la malade et attentivement surveillé par la religieuse, aucun changement n'advint.

Enfin, l'introduction pendant dix heures dans toutes les fistules de trochisques au chlorure de zinc amenèrent la guérison. Aujourd'hui deux points reparaissent, et j'ai voulu vous montrer la maladie. Je l'appelle jusqu'à nouvel ordre *mal perforant* de la jambe. Je tiendrai la Société au courant de cette malade.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. LARREY fait hommage du discours qu'il a prononcé à la Faculté

de médecine, au nom de la Société médicale d'émulation, pour l'inauguration de la statue de Bichat.

Bec-de-lièvre. — M. MIRAULT (d'Angers), récemment nommé membre correspondant de la Société, demande la permission de répondre à quelques-unes des objections qui ont été faites à son mémoire sur la suture du bec-de-lièvre. Il rappelle que les aiguilles dont il se sert sont plates, tranchantes de chaque côté de leur pointe, qui, longues de 8 à 9 centimètres, larges de 1 millimètre (et même moins pour la suture du petit lambeau lobulaire), sont faciles à tenir entre les doigts et à manœuvrer.

Il donne ensuite des explications sur certains détails opératoires qui n'ont pas paru suffisamment clairs à plusieurs membres de la Société. Il a donné la préférence au fil simple, parce qu'il lui paraît aussi efficace que le fil double, et que, à cause de son moindre volume, il est encore plus inoffensif. Quant aux aiguilles, il les place exactement de la même manière et dans la même situation que les épingles de la suture ordinaire.

On m'a objecté, continue M. Mirault, que j'avais exagéré les inconvénients des corps métalliques laissés à demeure au sein des tissus. Mais je n'ai jamais pensé que les aiguilles fussent nuisibles à cause de leur nature métallique ; j'ai dit seulement qu'elles sont rigides, qu'elles soulèvent les tissus en manière de pont, et qu'elles exercent sur eux une traction assez forte qui tend à les couper promptement. Le fil, au contraire, grâce à sa flexibilité, s'accommode au trajet courbe que l'aiguille a parcouru, et maintient affrontés sans efforts les bords de la plaie. Il ne gêne pas notablement la circulation dans les parties qu'il embrasse ; il ne les enflamme point. Son action sécatrice est très-faible et se borne d'elle-même, aussitôt que les chairs ont commencé à s'entamer, puisque par là même le fil se trouve relâché. D'ailleurs, le fil ne commence jamais à couper les tissus avant le cinquième ou le sixième jour après l'opération ; c'est ce qu'ont démontré les observations que j'ai consignées dans mon travail.

On m'a objecté encore que je laissais trop longtemps les sutures en place ; j'ai pourtant écrit dans mon mémoire que cinq jours, et même quatre, suffisent pour réunir solidement la plaie. Si sur mes opérés je n'ai retiré les fils qu'au bout de six et de huit jours, c'est que, n'y voyant pas d'inconvénients, je m'étais complu, pour ainsi dire, à les laisser longtemps, pour mieux prouver l'innocuité de la suture entrecoupée. Au demeurant, je partage l'opinion de M. Verneuil sur l'op-

portunité d'enlever aussitôt que possible les points de suture, quel que soit le procédé auquel on ait donné la préférence.

Quant à l'objection historique qui m'a été faite, je ne prétends pas que l'idée de traiter le bec-de-lièvre par la suture entrecoupée ne se soit jamais présentée à d'autres chirurgiens ; mais aucune observation ne prouve que ce moyen ait été mis en pratique comme je l'ai fait moi-même. Quand on y a eu recours, ç'a été comme accessoire d'un autre moyen de synthèse. Au surplus, le procédé que j'ai cherché à faire prévaloir diffère assez de ce qu'on fait généralement aujourd'hui, pour que j'aie cru devoir en faire connaître les résultats.

M. VERNEUIL. J'avais mal compris qu'en laissant les fils aussi longtemps, M. Mirault, au lieu de poser un précepte, faisait un simple essai. Ma réflexion est donc comme non avenue, puisque M. Mirault pense, ainsi que moi, que la suture à fil doit être laissée le moins de temps possible. Je soutiendrai plus fermement un point historique. Louis, tout en protestant contre la suture, l'employait, et de la façon la plus profitable ; car il mettait un point de suture à la partie inférieure de la ligne avivée, et nous savons qu'il suffit que la réunion ait lieu là pour entraîner celle du reste de la plaie.

M. MIRAULT. Depuis que j'emploie les fils je n'ai jamais échoué ; et, m'en rapportant à ma seule pratique, je peux juger l'immense différence, pour les résultats, entre la suture entortillée et l'entrecoupée. Cette différence, un des membres de la Société, M. Richard, vous l'a fait voir sur un seul malade. Ayant mis deux épingles dans presque toute la plaie et un fil à la partie inférieure, les lèvres réunies par ces épingles se désunirent ; mais au niveau du fil, la réunion avait eu lieu et suffit à une cicatrisation parfaite.

M. VOILLEMIER. Je ne suis pas convaincu par les raisons de M. Mirault. Dans toutes les régions du corps, ce que je ne saurais espérer réunir par des fils, je le réunis par les épingles, et le succès a presque toujours lieu.

Je comprends mal l'étranglement des tissus entre l'épingle et le 8 de chiffre des fils sur lequel insiste M. Mirault ; mais j'affirme, au contraire, la striction très-forte des parties par l'anse de la suture à points séparés. Je n'ai pas vu que l'insuccès fût très-commun dans l'opération du bec-de lièvre pratiquée comme le fait tout le monde, et j'ajouterai à quelque âge que cette opération soit faite.

— La Société se forme en comité secret.

Séance du 12 août 1857.

Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur de la voûte du crâne. — M. GUÉRIN présente un homme âgé de vingt-neuf ans qui porte à la voûte du crâne une tumeur dont le diagnostic est douteux. Cette tumeur a paru il y a dix-neuf ans ; elle est venue spontanément, au dire du malade, et elle s'est accrue d'abord avec une assez grande lenteur. Il y a douze ans, un médecin crut devoir pratiquer une application de caustique au sommet de la tumeur; cette opération, dont les traces sont aujourd'hui encore très-apparentes, eut un résultat très-désavantageux, puisqu'elle exaspéra la marche de la tumeur, et que celle-ci en peu de temps doubla de volume. Depuis lors, elle est restée à peu près stationnaire.

Aujourd'hui cette tumeur a presque la grosseur du poing; elle est située au-dessus de l'oreille droite, vers l'union des os pariétal, temporal et occipital; elle est indolente, très-régulièrement arrondie, presque hémisphérique, à base large; elle est très-dure, et paraît adhérente au squelette. Il n'y a du reste aucun phénomène du côté du cerveau, et l'état général est excellent. Le malade insiste pour être opéré, mais M. Guérin est décidé à ne pas se prêter à ce désir. Sans se prononcer sur la nature du mal, M. Guérin est disposé à croire qu'il s'agit d'un enchondrome; il fait remarquer que si ce diagnostic était exact, ce serait un fait fort exceptionnel, car l'enchondrome de la voûte du crâne n'a pas été observé jusqu'ici.

M. CHASSAIGNAC dit avoir recueilli, il y a quelque temps, une observation qui offre quelque analogie avec la précédente. Une tumeur tout aussi dure que celle ci, de même forme et presque de même siége (elle était toutefois un peu plus en arrière), s'était formée sans cause connue chez une jeune fille âgée de neuf ans. Au bout d'un certain temps, cette tumeur devint moins dure, et on sentit qu'elle était située au-dessous d'une coque osseuse mince et flexible, qui se laissait déprimer comme une lame de parchemin. Enfin, le sommet de la tumeur s'ulcéra; une parcelle de tissu fut détachée et placée sous le microscope, et on reconnut que la production accidentelle était composée de tissu fibro-plastique. Du reste, l'état général était excellent; il n'y

avait aucun accident du côté du cerveau, et la tumeur paraissait tout à fait indépendante de la dure-mère. M. Chassaignac diagnostiqua une tumeur fibro-plastique du diploé.

Ce fait, continue M. Chassaignac, m'est revenu en mémoire à l'occasion du malade de M. Guérin; mais je m'empresse de dire qu'il y a entre ces deux cas une différence considérable, surtout au point de vue de la gravité, car sur la jeune fille que j'ai examinée, la tumeur a présenté une marche maligne, tandis que dans le cas actuel la tumeur, très-ancienne et depuis longtemps stationnaire, est évidemment bénigne. C'est ou bien une exostose, ou bien un enchondrome des os du crâne. En tout cas, il n'y a pas lieu de pratiquer une opération.

M. HOUEL ne croit pas que la tumeur soit un enchondrome. Il pense que c'est plutôt une exostose. Il annonce, comme M. Guérin, qu'il ne connaît aucun exemple d'enchondrome développé dans cette région. Il ajoute qu'il y a dans le Musée Dupuytren une pièce d'exostose du crâne qui paraît tout à fait semblable, par son siége, sa forme et son volume, à la tumeur actuelle. Ce qu'il y a de plus remarquable peut-être, c'est que, sur la pièce du Musée, il y a, outre la tumeur extérieure, une tumeur rentrante presque aussi volumineuse qui refoulait le cerveau; on sait pourtant que le malade, pendant sa vie, avait été exempt d'accidents cérébraux.

M. GUÉRIN pense que les phénomènes observés à la suite de la cautérisation qui a été essayée il y a douze ans sont difficiles à concilier avec l'idée d'une exostose. En effet, la tumeur, par suite de cette cautérisation, a doublé de volume en très-peu de temps.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

Enchondrome du doigt médius. — M. LARREY. J'ai l'honneur d'informer la Société que trois jours après lui avoir présenté le malade atteint d'enchondrome du doigt médius de la main gauche, je l'ai opéré de la manière suivante : Une incision semi-lunaire contournant la tumeur, de son bord interne à la face palmaire, forma un lambeau facile à relever pour recouvrir ensuite la plaie; la tumeur, enveloppée d'un kyste cellulo-fibreux, se détacha sans peine par énucléation jusqu'au niveau de la phalange à laquelle elle se trouvait adhérente. Mais les adhérences furent détruites assez vite par dissection et par arrachement. La surface de l'os dénudé ainsi était rugueuse dans une partie de sa diaphyse, sans aucune communication avec l'articulation métacarpo-phalangienne. Le tendon correspondant du fléchisseur superficiel

du médius se trouvait dénudé aussi dans une étendue d'un centimètre environ, mais sans offrir aucune altération dans sa texture.

L'extirpation de la tumeur ne donna lieu à aucune hémorrhagie; le lambeau rabattu sur la plaie fut maintenu en place par le seul affrontement de ses bords, sans sutures, sans bandelettes, et par un simple bandage. La position méthodique de la main et une irrigation continue d'eau froide n'empêchèrent point un peu de gonflement le soir même de l'opération.

La réaction inflammatoire fut même assez vive, et nécessita une saignée, ainsi que l'application de la glace dans la paume de la main, en même temps que l'irrigation froide était continuée sur la face dorsale.

L'amélioration s'est déjà déclarée, la suppuration commence, et, sous toute réserve, on peut espérer la guérison sans amputation du doigt.

Quant à l'examen anatomique et microscopique de la tumeur, il a confirmé le diagnostic, en démontrant surtout, de la manière la plus nette, et d'après une note précise de M. Ch. Robin lui-même, que la nature de cette tumeur est exclusivement cartilagineuse.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend un mémoire manuscrit de M. Tavignot sur la *méthode autodermique.* (Commissaires, MM. Guérin, Morel et Forget.)

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, la *Table générale du Bulletin de la Société anatomique*, pour les 30 premières années, par M. le docteur Jules Bouteiller, de Rouen.

M. ALTENFELD présente une jambe artificielle, accompagnée d'un mémoire explicatif. Après quelques observations de MM. Giraldès et Larrey, l'examen du travail de M. Altenfeld est renvoyé à une commission composée de MM. Larrey et Verneuil.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Séance du 19 août 1857.

Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. MOREL-LAVALLÉE présente un jeune garçon atteint depuis trente-cinq jours de luxation postéro-interne incomplète du coude.

Luxation incomplète de l'avant-bras en dedans.

Jules-Louis Barra, âgé de onze ans et demi, charpentier, rue de Sèvres, 254, est entré à l'hôpital le 16 juillet 1855, salle Saint-Côme, n° 25.

Le 15 juillet, il était monté sur un âne; un de ses camarades excita l'animal, qui fit un élan, et l'enfant tomba sur le coude gauche serré contre le corps, et non pas sur la main, affirme-t-il. Douleur vive, pas de craquement au moment de l'accident.

Le jour même, M. Richard a diagnostiqué une fracture du bras voisine de l'article, avec gonflement considérable. Appareil à attelles de carton pendant vingt-quatre jours.

L'appareil enlevé, je constate ce qui suit :

Mouvements. — Avant-bras dans une position moyenne, entre la flexion et l'extension. Mouvements passifs d'extension et de flexion très-libres, mais très-bornés, le poignet ne décrivant pas un arc de plus de quatre travers de doigt; encore les mouvements volontaires sont abolis.

Déformation. — Le coude est déformé en arrière. Les saillies et dépressions normales font place à une rondeur presque uniforme. On ne trouve sur la partie inférieure de l'humérus aucune trace de la fracture, les arêtes qui s'élèvent au-dessus des tubérosités étant restées dans leur plan normal. Au coude même, malgré un gonflement assez notable, on constate que le cubitus, facile à suivre dans toute sa longueur, est déplacé en dedans au point que le bord interne de l'olécrâne dépasse l'épitrochlée de plus de 1 centimètre, ce dont on s'assure parfaitement en faisant mouvoir cet os en même temps qu'on enfonce le doigt en arrière sur le côté.

Sur le bord externe de la partie supérieure de l'avant-bras, dépression, où le doigt enfoncé à une certaine profondeur, malgré le gonflement, ne trouve pas le radius, qu'il sent tourner à peu près à la partie moyenne de la rondeur qui représente aujourd'hui le coude. Sa cupule offre une résistance très-nette au toucher dans un point qui paraît être sous la trochlée à sa face postérieure, ce que l'on sent mieux en faisant fléchir le coude qu'en faisant exécuter à l'avant-bras des mouvements de rotation.

Le haut de cette cupule se trouve juste, dans l'état actuel du bras, au niveau de l'épicondyle; quant à ses rapports avec l'épitrochlée, ils sont impossibles à apprécier, car l'épitrochlée se trouve comme coiffée par la cavité sigmoïde du cubitus.

Le bec olécrânien, très-distinct aussi, surtout dans les mouve-

ments de flexion, se trouve, dans l'attitude actuelle du bras, environ à $0^m,01$ au-dessus de la ligne horizontale, qui est au niveau de la pointe de l'épicondyle.

Quant à la cavité olécrânienne et au tendon du triceps, l'empâtement, et surtout l'absence de contraction suffisante pour ce dernier, empêche de les distinguer.

En avant, au pli du coude, l'engorgement consécutif à la région primitive, ainsi que la présence d'une ulcération causée par des morsures de sangsues appliquées en ville, empêchent d'apprécier les signes du déplacement.

Mesures. — 1° Dans l'attitude actuelle de l'article, la distance du sommet de l'olécrâne à l'angle postérieur de l'acromion est de 0,21 du côté malade et de 0,23 et demi du côté sain.

2° La distance de l'extrémité du pouce à l'épicondyle est de 0,27 du côté malade et de 0,28 du côté sain.

3° La distance de l'apophyse styloïde du radius à l'épicondyle est de 0,18 et demi du côté malade ; du côté sain, un peu plus de 0,19.

4° Distance transversale de l'épicondyle à l'olécrâne (bord interne), 0,07 du côté malade, 0,05 du côté sain.

5° Circonférence du membre au pli du coude, 0,21 et demi du côté malade; du côté sain, 0,18.

Il résulte de ce qui précède :

1° Que la fracture a dû se consolider avec une régularité remarquable ;

2° Qu'elle était compliquée d'une luxation de l'avant-bras en dedans dans une disposition telle que l'apophyse sigmoïde du cubitus embrasse l'épitrochlée, ce qui explique la présence de l'olécrâne en dedans, son ascension, d'où le raccourcissement de l'avant-bras, sa disparition au toucher;

3° Le radius se trouvant dans ses rapports ordinaires de contiguïté avec le cubitus, paraît l'avoir suivi en dedans en plaçant sa cupule au-dessous et un peu en arrière de la trochlée.

L'épicondyle est distant de l'extrémité externe de la clavicule de 0,22 du côté malade ; même distance du côté sain.

Voilà l'observation telle que je l'ai dictée aux internes du service ; mais pour dire toute ma pensée, ainsi que M. Richard en a lui-même exprimé le désir, je suis convaincu que la fracture n'a pu exister, et qu'il s'agissait d'une luxation seulement; luxation que le degré du gonflement a rendue d'abord méconnaissable, malgré le talent du chirurgien. C'est d'ailleurs l'opinion de tous les membres de la Société

qui ont examiné le petit malade. Ce serait une complication encore sans exemple, au coude, qu'une fracture si voisine de l'article luxé. Deux points me paraissent encore dignes de remarque dans ce fait :

1° L'attitude de la chute sur le coude serré contre le corps; attitude, en effet, bien favorable à la production de la luxation en dedans ;

2° La facilité plus grande de sentir et même de voir la cupule radiale en fléchissant l'avant-bras, qu'en lui imprimant des mouvements de pronation et de supination.

C'est un exemple type de la luxation incomplète de l'avant-bras en dedans.

Au surplus, ajoute en terminant M. Morel, je pense qu'il serait indiqué de faire des tentatives de réduction lors même que l'humérus aurait été fracturé, comme le pense notre collègue M. Richard. En effet, une fracture simple du tissu spongieux sans déplacement, chez un garçon de cet âge, doit être au bout de trente-cinq jours suffisamment consolidée pour que le cal soit capable de résister à des tractions même assez fortes.

M. HOUEL demande à M. Morel quel procédé de réduction il se propose d'employer.

M. MOREL. Je commencerai, comme je l'avais déjà fait avec M. Lenoir, par faire exécuter au membre des mouvements passifs de flexion et d'extension, de flexion surtout, afin de relâcher, d'allonger les ligaments anormaux. Ces manœuvres doivent être faites avec quelques précautions, afin de ne pas fracturer l'olécrâne. Lorsque les ligaments seront suffisamment relâchés, je ferai faire des tractions sur l'avant-bras légèrement fléchi, et je repousserai directement avec mes mains les surfaces osseuses en sens inverse. Peut-être cela ne suffira-t-il pas. Alors j'aurai recours à un procédé qui m'a réussi dans un cas de luxation du coude, où Gerdy avait échoué. Ce professeur avait même sans résultat coupé sous la peau le tendon du triceps. Il me parut que l'obstacle à la réduction venait de l'enclavement des os, de leur engrénement. Je fis donc appliquer sur l'extrémité inférieure du bras et sur l'extrémité supérieure de l'avant-bras deux serviettes en sens contraire, et tout en faisant continuer les tractions suivant l'axe du membre, je fis exécuter au niveau du coude deux tractions opposées, perpendiculaires à l'axe du membre, l'une postéro-antérieure, sur l'extrémité inférieure de l'humérus ; l'autre, antéro-postérieure, sur l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras. Par ce moyen, les surfaces engrénées s'écartèrent ; les tractions longitudinales devinrent efficaces et la réduction fut obtenue.

M. HOUEL rappelle que M. Malgaigne considère également la méthode de l'extension en ligne droite comme un mauvais procédé, et que ce professeur propose surtout de réduire les luxations du coude par l'impulsion directe des os.

M. CHASSAIGNAC a adopté depuis longtemps cette méthode de réduction par impulsion directe des os du coude. Il a même publié une modification du procédé ordinaire. Au lieu de pousser sur l'olécrâne avec les deux pouces, en embrassant la partie antérieure du coude avec les huit autres doigts, il pousse sur l'olécrâne avec le talon de la main droite, en retenant l'humérus avec l'autre main. Il lui paraît que cela lui donne plus de force.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Altenfeld adresse un nouveau mémoire, plus détaillé que le premier, sur le membre artificiel qu'il a présenté dans la dernière séance. (Renvoi à la commission déjà nommée.)

Outre les journaux de la semaine, la Société a reçu les ouvrages suivants :

Raciborski. *De l'exfoliation physiologique et pathologique de la membrane interne de l'utérus*, in-8°.

Gallard. *Qu'est-ce que la fièvre puerpérale?* in-8°.

Gressy. *Des imperforations et atrésies congéniales de la face*, thèse inaugurale; Paris, 1857, in-4°.

M. VERNEUIL donne une analyse rapide de cette dernière thèse, dont il fait ressortir l'importance.

Hypospadias accidentel et oblitération de l'urètre. — M. DEMARQUAY communique l'observation d'un homme âgé de quarante-six ans, qui est atteint d'une oblitération complète de la partie antérieure de l'urètre. Cet homme, ayant eu dans sa jeunesse trois blennorrhagies, vit survenir peu à peu un rétrécissement qui fit des progrès tels, qu'un jour l'émission des urines devint tout à fait impossible. Le malade avait alors vingt-huit ans. Il se trouvait à Caen, et fut soigné par Lesauvage, qui, après avoir fait de vaines tentatives de cathétérisme, se décida à pratiquer l'opération de la boutonnière périnéale. Depuis lors l'émission des urines s'est faite entièrement par cette boutonnière, et pendant dix-huit ans il n'est survenu aucun accident nouveau. Mais il y a quelque temps, l'orifice de la boutonnière a commencé à se rétrécir; la miction est devenue de plus en plus difficile; enfin, ces jours derniers, le malade, ne pouvant plus uriner, a été obligé de se remet-

tre entre les mains des chirurgiens. A la place de la boutonnière périnéale M. Demarquay ne trouva qu'un pertuis assez étroit, où il introduisit d'abord une petite sonde ; puis il dilata l'ouverture, et enfin il agrandit la boutonnière en bas et en arrière avec un lithotome pour faire un hypospadias, suivant le précepte de M. Ricord. Une sonde à demeure fut ensuite introduite dans la vessie. Elle est encore en place, et on pourra bientôt l'enlever.

Depuis cette opération, M. Demarquay s'est assuré que l'urètre est complétement oblitéré à partir du méat dans une étendue d'environ 6 centimètres. On reconnaît aisément, en examinant le méat, que l'urètre est oblitéré à ce niveau. Quant à la limite postérieure de l'oblitération, on la découvre en introduisant à travers la boutonnière urétrale une sonde à l'aide de laquelle on pratique un cathétérisme récurrent. Ainsi il est bien certain que depuis longtemps la totalité des urines s'écoulait par l'ouverture périnéale. Il en était de même du sperme. Le malade, qui avait eu plusieurs enfants avant d'avoir subi l'opération de la boutonnière, est depuis lors resté infécond.

Dans peu de jours, continue M. Demarquay, la plaie de cet homme sera guérie; mais il est à craindre que les bo-ds de l'incision ne se rétractent de nouveau, et que la boutonnière ne se rétrécisse comme la première fois. Si cette éventualité fâcheuse se présente promptement, que faudra-t-il faire? M. Demarquay ne pense pas qu'on doive songer à rétablir la perméabilité de l'urètre, ce canal étant oblitéré dans une étendue trop considérable. Il n'est pas éloigné de croire qu'on pourrait faire une sorte de vulve, c'est-à-dire inciser profondément sur le raphé périnéal, disséquer l'urètre dans une certaine étendue, l'isoler entièrement, le couper transversalement au niveau de la boutonnière actuelle et l'attirer à l'extérieur, où on le fixerait en suturant la muqueuse avec la peau; on obtiendrait ainsi une ouverture dont les bords ne seraient pas inodulaires, et on aurait toute chance d'empêcher la récidive.

M. VERNEUIL. Il y a dans la science un assez grand nombre de faits semblables ou analogues à celui de M. Demarquay. On en trouve dans les auteurs anciens à l'article *hypospadias;* et dans le fait, il y a bien quelque analogie entre les boutonnières accidentelles ou chirurgicales et l'hypospadias naturel.

Il y a trois variétés de ces hypospadias d'après leur siége :

1° Sous le gland ;

2° A la racine de la verge, au niveau de l'angle péno-scrotal ;

3° Au périnée.

Dans l'un et l'autre cas, lorsque la fistule est assez large, la portion d'urètre située en avant peut s'oblitérer d'une manière complète.

Les chirurgiens anciens ont fait des opérations très-hardies pour remédier à ce pénible et fâcheux accident. Galien, Albucasis, et plusieurs chirurgiens de la Renaissance jusqu'au seizième et même au dix-septième siècle, ont osé pratiquer l'urétrogénie complète, c'est-à-dire qu'ils ont, avant do refermer la fistule, creusé un nouveau canal dans toute l'étendue de l'oblitération. Cette opération, abandonnée après eux, a été retrouvée seulement de nos jours par M. Ricord.

On a encore cherché à obtenir le même résultat au moyen d'une incision longitudinale et médiane, pratiquée sur la face inférieure de la verge, dans toute l'étendue de l'oblitération. Cette incision, destinée à remplacer la partie oblitérée de l'urètre, était transformée en canal au moyen d'une suture faite sur une sonde. On trouve dans la science plusieurs observations de ce genre, et M. Verneuil sait de bonne part qu'un chirurgien français a dernièrement pratiqué cette opération.

M. Verneuil toutefois ne conseille rien de semblable pour le malade de M. Demarquay. Il pense que, si l'ouverture de la boutonnière s'est déjà rétrécie une première fois, cela tient à la longueur du trajet de la boutonnière, longueur au moins égale à la distance qui sépare la peau de l'urètre, c'est-à-dire à l'épaisseur du périnée. Si donc la récidive survenait encore, il serait avantageux de transporter la boutonnière dans un point où l'urètre est superficiel, et par exemple de transformer l'hypospadias périnéal en hypospadias péno-scrotal. Pour cela on n'aurait qu'à faire au niveau de la racine de la verge, sur la face inférieure de l'urètre, une incision longitudinale ; on pourrait même coudre la muqueuse avec la peau. L'hypospadias péno-scrotal a sur l'hypospadias périnéal l'avantage considérable de permettre la projection en avant de l'urine et du sperme. La fécondation est donc à la rigueur possible, et en outre les hommes atteints de cette infirmité peuvent uriner dehors, sans se déshabiller et sans s'accroupir. Dans le cas d'hypospadias, au contraire, l'émission des urines exige les mêmes précautions que la défécation.

M. CHASSAIGNAC a donné des soins à un malade atteint depuis plusieurs mois de rétention complète d'urine, avec infiltration dans le tissu cellulaire du périnée. Un rétrécissement absolument infranchissable était la cause de ces accidents. Il fallut pratiquer la boutonnière périnéale. L'urètre fut fort difficile à trouver. Enfin la portion membraneuse fut incisée, et une sonde fut poussée jusque dans la vessie.

Quant au cas particulier d'hypospadias ancien, dont M. Demarquay

vient d'entretenir la Société, M. Chassaignac pense qu'on pourrait le traiter par la création d'un urètre artificiel. Il a fait cette opération de la manière suivante sur un avocat atteint d'hypospadias congénial avec absence complète de la partie antérieure de l'urètre. Une incision médiane et longitudinale fut d'abord pratiquée jusqu'à l'urètre, à trois travers de doigt en arrière de l'ouverture. On obtint ainsi une fistule auxiliaire à travers laquelle on introduisit d'arrière en avant un trocart qu'on poussa dans l'épaisseur des tissus, dans toute la longueur de la verge et jusqu'à son extrémité. On creusa ainsi un canal artificiel. Une sonde fut placée aussitôt à la place du trocart ; elle pénétrait par la boutonnière et ressortait à l'extrémité du gland. Une seconde sonde fut poussée à travers la même ouverture jusque dans la vessie.

Pour terminer l'opération, M. Chassaignac attacha ensemble les deux sondes par celles de leurs extrémités qui correspondaient à la plaie, puis, tirant sur la sonde antérieure, il attira jusque dans le nouveau méat urinaire la sonde vésicale, qu'il laissa seule en place. Quant à la boutonnière auxiliaire, elle se referma aisément. M. Chassaignac répète en terminant qu'une opération de ce genre pourrait être pratiquée sur le malade de M. Demarquay.

M. LABORIE demande à M. Chassaignac ce que son opéré est devenu après la guérison, et si le nouveau canal est resté perméable.

M. CHASSAIGNAC répond que son opéré n'est pas à Paris, et qu'il en attend des nouvelles.

M. DEMARQUAY n'est nullement disposé à suivre le conseil de M. Chassaignac ; l'opération qui consiste à creuser un nouveau canal est loin en effet d'être sans gravité. Un jeune homme à qui Blandin pratiqua cette opération vers 1843 mourut d'infection purulente au bout de quelques jours.

M. LARREY confirme l'importance des distinctions établies par M. Verneuil entre les diverses espèces d'hypospadias, tant congénial qu'accidentel. Il insiste en outre sur une autre distinction, applicable surtout à l'hypospadias congénial. Tantôt, en effet, il existe en avant de l'ouverture urinaire un canal simplement oblitéré ; tantôt, au contraire, il n'existe aucun vestige de canal, l'urètre s'arrêtant tout à fait au niveau de l'hypospadias. M. Larrey a pu également s'assurer, ainsi que M. Verneuil, que l'hypospadias de la portion pénienne de l'urètre permet aux individus qui en sont atteints de projeter l'urine en avant ; en relevant légèrement leur verge, ils peuvent uriner comme tout le monde. Cette infirmité, moins rare qu'on ne le croit généralement, est toutefois considérée comme un cas de réforme. Il n'y a d'exception que

pour l'hypospadias glandaire, qui est d'ailleurs beaucoup plus commun que l'autre.

M. HUGUIER, revenant sur le malade de M. Demarquay, pense que l'opération proposée par M. Verneuil, et consistant à transporter l'hypospadias au niveau de l'angle péno-scrotal, aurait plus d'inconvénients que d'utilité. Lorsqu'une fistule existe en ce point, la peau, souvent mouillée par l'urine, s'enflamme et devient le siége d'une sorte de sécrétion muqueuse fort gênante. Une boutonnière périnéale est préférable. Quant à l'avantage de projeter le sperme en avant et de rendre le coït fécondant, on ne doit pas beaucoup s'en préoccuper ici, puisque le sujet approche de la cinquantaine, et qu'il a déjà plusieurs enfants âgés d'une vingtaine d'années au moins.

M. CHASSAIGNAC, répondant à l'objection de M. Demarquay, ne conteste pas la possibilité d'accidents, même assez graves, à la suite de l'opération qui consiste à creuser un urètre artificiel ; mais il pense que ces accidents doivent être rares, et qu'il vaut la peine de les affronter, vu l'importance du but qu'on se propose d'atteindre. Il s'agit en effet de délivrer les malades d'une infirmité déplorable, de leur rendre la possibilité d'uriner en avant comme tout le monde, et surtout de leur rendre la fécondité. Pour obtenir un pareil résultat, on peut bien courir les chances d'une opération, qui d'ailleurs est le plus souvent tout à fait inoffensive. Une autre objection beaucoup plus sérieuse est tirée de la possibilité de la récidive. On doit craindre, en effet, que le trajet accidentel ne s'oblitère consécutivement d'une manière plus ou moins complète ; cela arrive quelquefois. Mais puisque les chirurgiens rencontrent parfois des trajets accidentels qui persistent malheureusement en dépit de tous les efforts de l'art, il n'y a vraiment pas de raison pour que l'urètre artificiel s'oblitère nécessairement. Il est donc permis de croire que la guérison obtenue doit être quelquefois durable.

M. VERNEUIL regrette que les observations de malades soumis à l'opération de l'urétrogénie soient pour la plupart si incomplètes. On sait bien que les opérés ont survécu, et que quelque temps après ils urinaient librement, mais les dates manquent aussi bien que les détails ; on peut dire que les observations probantes font complétement défaut. Il est donc bien difficile de savoir si la création d'un urètre artificiel est susceptible de donner un résultat définitif.

Tumeur fibro-plastique du genou. — M. LARREY présente une pièce d'anatomie artificielle, modelée par M. Léger d'après le procédé

Thibert, et figurant une tumeur fibro-plastique ulcérée, d'un volume considérable, récidivée sur place exclusivement, après trois extirpations successives et après des cautérisations multipliées.

Le malade dont il s'agit avait été soumis autrefois à l'examen de la Société de chirurgie par M. Larrey, qui lui fit voir également les tumeurs enlevées, en se réservant de lui communiquer le résultat définitif de ce fait remarquable. L'observation en a été recueillie avec soin et résumée de la manière suivante par M. Rémy, aide-major stagiaire au Val-de-Grâce.

M. G..., officier dans un régiment d'infanterie, âgé de quarante ans, d'une forte constitution, est atteint, en 1840, dans un combat en Afrique, par une balle morte au côté externe du genou droit. Le projectile ne détermine qu'une contusion assez légère pour lui permettre de continuer son service.

Trois mois après, une petite tumeur dure, mobile, incolore, indolore, de la grosseur d'une noisette, se développe dans cet endroit. Cette tumeur reste stationnaire pendant quatre ans ; en 1844, le chirurgien-major du régiment en fait l'extirpation partielle. La matière, contenue dans une sorte de kyste, offre l'aspect d'une concrétion sanguine. La cicatrisation a lieu assez vite et sans accident.

Deux ou trois mois après, il se développe dans le même point une tumeur semblable à la première. Elle reste dans le même état pendant dix ans.

Vers le milieu de 1854, M. G... reçoit d'un camarade, par inadvertance, un coup de pied assez violent sur la petite tumeur, et il en ressent une douleur si vive qu'il chancelle et perd connaissance. A la suite de cet accident il cesse son service, et la tumeur augmentant d'une manière sensible, il entre au Val-de-Grâce dans le courant de novembre.

La tumeur offre alors le volume d'une orange ; elle est arrondie, lisse à sa surface, marbrée, d'une teinte bleuâtre, mobile dans presque toute sa circonférence, adhérente vers sa base, semi-fluctuante et à peu près insensible au toucher. L'articulation du genou est intacte, et exécute librement ses mouvements naturels.

L'extirpation, devenue nécessaire, est pratiquée au Val-de-Grâce le 23 novembre 1854 par M. Larrey. Cette tumeur, d'après ses caractères physiques, est regardée par lui comme fibrineuse.

Le malade sort de l'hôpital en voie de guérison à peu près définitive dans le courant de janvier 1855. Mais deux mois après, la cicatrice, devenue nette et solide, laisse sentir au-dessous d'elle une sorte de

noyau douloureux au toucher, assez consistant d'abord, plus mou ensuite, à mesure qu'il se développe davantage.

Le malade entre une seconde fois au Val-de-Grâce le 21 octobre 1855. La tumeur offre le même volume et les mêmes caractères que l'année précédente. M. Larrey présente M. G... à la Société de chirurgie le 24 du même mois, et il pratique une nouvelle extirpation de la tumeur le lendemain même, au Val-de-Grâce, en présence de plusieurs de ses collègues. On reconnaît comme la première fois que la tumeur siége en dehors de l'articulation, mais envoie des prolongements dans l'épaisseur du muscle vaste externe. Elle est formée de concrétions fibrineuses à divers degrés ; au milieu se trouve implantée à l'aponévrose une ostéophyte qu'il faut réséquer.

Cette opération est suivie d'une hémorrhagie qui se renouvelle à chaque pansement et nécessite l'emploi de la glace, puis du perchlorure de fer. L'examen de la tumeur au microscope fait reconnaître la structure dite fibro-plastique.

Pendant deux mois, la cicatrisation marche avec une rapidité notable ; et le 31 décembre, bien qu'elle ne fût pas complète, l'opéré sort de l'hôpital. Trois mois après, il est présenté encore par M. Larrey à la Société de chirurgie. La cicatrisation est demeurée stationnaire depuis sa sortie de l'hôpital, et offre un point d'ulcération superficielle réfractaire à toute espèce de pansement.

Un noyau de l'apparence d'un gros bourgeon charnu s'est développé depuis quelque temps vers l'extrémité antérieure de la cicatrice. Ce noyau paraît être une nouvelle récidive; et la tumeur ayant fait des progrès, le malade est forcé d'entrer une troisième fois au Val-de-Grâce, le 24 juin 1856.

Cette tumeur, située sur la cicatrice, est inégale, bosselée, du volume d'une orange. La peau, à sa surface, est bleuâtre, amincie, adhérente, à peine douloureuse; mais elle s'ulcère; elle est détruite par le cautère actuel, et au moment où elle se cicatrise une nouvelle tumeur se développe à côté d'elle, s'ulcère également et donne lieu à des hémorrhagies successives.

Cette seconde tumeur étant cautérisée comme la première par le feu (2 cautérisations par semaine), l'ulcération commence à se cicatriser; il semble même qu'après cette évolution la maladie va se terminer ; mais déjà d'autres bosselures poussent en dessous et commencent à faire saillie. Une certaine portion de ces tumeurs est examinée par M. Robin, qui reconnaît du tissu fibro-plastique.

A partir de cette époque (novembre 1856), le mal, au lieu de rétro-

grader, fait chaque jour des progrès. On trouve alors deux tumeurs : la supérieure, du volume d'un œuf de poule ; l'inférieure, du volume d'une orange ; elles sont molles, pâteuses, à base large ; la tumeur inférieure est ulcérée à sa partie postérieure. Les tumeurs sont peu sensibles au toucher ; elles sont seulement de temps en temps le siége d'élancements douloureux. Survient alors un œdème assez considérable de la jambe, sans engorgement des ganglions inguinaux.

A la fin de décembre, les deux tumeurs augmentent de volume et se ramollissent considérablement. L'élimination gangréneuse de la tumeur supérieure laisse à sa place une ulcération concave, inégale, présentant des bords renversés en dehors, durs et très-douloureux à la pression. La tumeur inférieure acquiert le volume de la tête d'un enfant ; la peau est fortement tendue, lisse et marbrée de noir, avec ulcération centrale.

A la fin de mars 1857, l'élimination gangréneuse de cette tumeur est remplacée par un vaste ulcère, formant au côté externe du genou une saillie considérable. Il est rougeâtre avec des tons d'un blanc jaunâtre ; il présente des fongosités du volume d'un œuf de poule et des portions considérables de tissu mortifié ; il sécrète en abondance un pus rougeâtre, mal lié, très-fétide, et saigne enfin au moindre contact.

A cette époque, l'état général, qui était déjà depuis longtemps atteint, devient de plus en plus inquiétant ; l'affaiblissement est extrême ; l'appétit diminue ; les digestions se troublent ; un mouvement fébrile se déclare le soir ; la peau prend une teinte jaunâtre très-prononcée ; l'amaigrissement fait des progrès rapides ; les membres et l'abdomen s'infiltrent ; le malade peut à peine se remuer dans son lit ; les douleurs sont très-vives ; en un mot, il présente tous les symptômes de la cachexie cancéreuse, et pendant quatre mois il reste à peu près dans le même état.

La constitution s'altère enfin de plus en plus ; l'appétit devient nul ; l'infiltration augmente ; tous les sens s'affaiblissent, et le 5 août le malade succombe.

Autopsie. — L'habitude extérieure du corps ne dénote rien de particulier, autre que la teinte pâle-jaunâtre de la peau dans toute son étendue. L'examen des viscères ne fait découvrir aucune altération organique. Il existe seulement une infiltration graisseuse générale ; le foie est augmenté de volume et a subi la dégénérescence graisseuse. On trouve partout, dans le mésentère, sous le péritoine, dans le tissu cellulaire des membres, des amas considérables de graisse, mais rien de plus.

Quant à la tumeur, elle présente l'aspect qu'elle offrait pendant la vie ; c'est un amas de détritus noirâtre avec des masses dures, vasculaires, comme des parties de cancer non ramollies.

En enlevant ce détritus par la macération, on peut voir qu'il repose sur un tissu fibreux, lisse, encore nacré, faisant suite au tissu fibreux qui enveloppe le genou. L'articulation est nettement séparée de la tumeur par ce tissu fibreux ; la synoviale articulaire ne présente aucune trace d'injection et rien d'anormal. La tumeur envoie dans l'épaisseur du vaste externe de la cuisse des prolongements qui feraient croire que là fut son point de départ ; en effet, l'aponévrose de ce muscle n'existe plus dans sa partie inférieure. Les os paraissent avoir subi une altération particulière, le canal médullaire est plus large qu'à l'état normal ; le tissu osseux est enfin plus friable et plus mou.

L'examen microscopique de la tumeur ne fait encore cette fois reconnaître que du tissu fibro-plastique.

M. Larrey, en relatant cette observation, pense qu'elle pourra se joindre utilement à toutes celles du même genre déjà soumises à l'examen de la Société de chirurgie.

M. GOSSELIN a dans son service un malade dont on peut rapprocher l'histoire de celle que M. Larrey vient d'exposer. Il portait autrefois à l'avant-bras gauche une tumeur qui fut enlevée par M. Nélaton, et dont on constata la nature fibro-plastique. La récidive eut lieu avant la cicatrisation complète par de gros bourgeons charnus élevés autour de la plaie. M. Maisonneuve attaqua le mal avec le caustique ; des morceaux de chlorure de zinc en forme de flèches furent implantés dans la tumeur. Ce traitement causa des douleurs très-vives, et n'eut pour résultat que d'agrandir beaucoup l'ulcération. Une nouvelle tumeur se montra vers la région deltoïdienne ; elle fut attaquée avec le caustique, et cette fois avec succès ; car depuis douze mois il n'y a pas eu de récidive sur ce point.

Cependant, l'ulcère de l'avant-bras s'agrandissant toujours, il avait acquis une énorme étendue et était le siége de douleurs horribles. Le malade était amaigri, très-faible, épuisé par les souffrances et la diarrhée ; l'état général était très-mauvais. Une troisième tumeur analogue aux deux précédentes faisait saillie au-dessus du coude, à la partie antérieure et inférieure du bras. L'examen attentif des cavités splanchniques ne faisant pas soupçonner l'existence de tumeurs profondes, M. Gosselin se décida à opérer. Il aurait pu, à la rigueur, amputer le bras à sa partie supérieure ; mais pour s'éloigner davantage du siége du mal, il préféra désarticuler l'épaule. La cicatrisation était presque

complète au bout de cinquante cinq jours. Aujourd'hui l'opéré a quitté l'hôpital. Il sera nécessaire de le suivre et de continuer son histoire ; mais en ce moment l'état général est excellent; l'embonpoint est revenu et le malade peut gagner sa vie en travaillant.

La tumeur de la partie inférieure du bras était constituée par du tissu fibro-plastique mêlé de cavités kystiques. Il s'agit donc d'une production fibro-plastique bornée à un seul membre, mais qui a déjà envahi plusieurs points de ce membre.

M. DEMARQUAY rappelle à ce propos deux observations dont les détails sont déjà connus de la Société, et dans lesquelles l'issue a été funeste. Dans un de ces faits, il s'agit également d'une tumeur du bras qui adhérait au périoste de l'humérus et qui a nécessité la désarticulation du membre. M. Lebert lui-même a étudié la pièce avec soin. La guérison de l'opération s'effectua, mais la mort eut lieu six mois après, accompagnée de symptômes cachectiques. Des tumeurs secondaires s'étaient développées dans les reins.

Le second malade était de la Rochelle. Il présentait à la partie supérieure et interne de la joue une tumeur venant des fosses nasales. L'ablation fut pratiquée avec beaucoup de soin. La guérison eut d'abord lieu. Une autoplastie fut faite consécutivement ; mais au bout de six mois la maladie repullula, et le malade mourut dans son pays avec tous les signes de la cachexie. La tumeur était formée par les éléments glandulaires de la pituitaire.

M. CHASSAIGNAC. La récidive sur place et la généralisation des tumeurs fibro-plastiques sont aujourd'hui hors de doute ; mais il y a deux points qui doivent fixer l'attention, savoir: l'amputation et l'autoplastie. On peut espérer sauver la vie en sacrifiant le membre qui porte la tumeur fibro-plastique ; et cependant ce résultat n'est point assuré, témoin ce malade présenté autrefois à la Société, et qui avait subi l'amputation de la jambe dans ces conditions. Des tumeurs fibro-plastiques nombreuses se sont développées ultérieurement et ont amené l'infection générale et la mort.

Quant à l'autoplastie après l'extirpation, elle paraît avoir une influence manifeste sur la récidive locale, qu'elle retarde considérablement dans certains cas. Si l'opération des tumeurs fibro-plastiques n'amène pas sûrement la guérison radicale, ajoute M. Chassaignac, on ne peut contester qu'elle ne rende de grands services en prolongeant la durée de la vie et en rendant au moins d'une manière temporaire la santé à ceux qui la subissent.

Séance du 26 août 1857.

Présidence de M. Bouvier.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. Huguier, à l'occasion du cas d'hypospadias présenté à la Société, répète que ce qui l'empêcherait d'agir dans ce cas, c'est l'âge du malade. Mais je suis loin de blâmer, dit-il, ce qui pourrait être tenté.

A l'hôpital Beaujon, un jeune homme de vingt ans me fut adressé, et me supplia instamment de l'opérer. L'ouverture hypospadiaque était très-étroite et le canal aussi singulièrement rétréci. Il fallut donc s'occuper d'abord de dilater la fistule et le canal. Quand ce fut fait, je pris une sonde de gomme volumineuse, dont une portion était taillée en bec de flûte et dirigée vers le gland. Je plongeai un bistouri au centre même de cette partie jusqu'à ce que la pointe de l'instrument pénétrât dans la cavité de la sonde. Une sonde d'égal volume fut ensuite introduite par cette incision jusque dans le méat urinaire. L'incision eut lieu juste sur la ligne médiane pour ménager les vaisseaux.

Cette opération ne fut suivie d'aucun accident; mais le malade conserva toujours une petite fistule; les deux tiers seulement de l'ouverture primitive s'étaient obturés. Je fis une autoplastie nouvelle, et malgré cela il conserva une fistulette. Il sortit ainsi, et je n'ai pu malheureusement le suivre.

M. Verneuil. Puisqu'il est question ici d'hypospadias, j'aurais aimé à en présenter un cas fort curieux à la Société. Mais le jeune homme est retenu à l'hôpital par une ophthalmie blennorrhagique.

Voici son observation :

Torsion congénitale du pénis avec hypospadias. — V..., garçon coiffeur, est entré à l'Hôtel-Dieu, le 18 août 1857, pour une ophthalmie blennorrhagique de l'œil gauche, causée, suivant lui, par une inoculation directe. Je passe rapidement sur les détails de cette affection, dont on triompha heureusement par la saignée, le calomel à doses fractionnées, le collyre au nitrate d'argent à parties égales, etc.

J'insiste sur l'affection générale. Une première blennorrhagie a été contractée autrefois. Elle a été traitée par les injections saturnines et la tisane de salsepareille. Elle a persisté quatorze mois, mais sans complications.

Il y a cinq semaines, nouvelle blennorrhagie aiguë, qui n'est pas encore terminée, et qu'on traite actuellement par les balsamiques.

Les organes génitaux présentent un singulier aspect : le scrotum et la verge, assez bien développés, sont tigrés de larges taches pigmentaires, qu'on retrouve d'ailleurs sur toute la surface du corps et surtout au visage; le ligament pénien est décoloré, comme si le pigment y manquait complétement. Ces taches noires sur un fond d'un blanc mat produisent un aspect tout à fait singulier. Ce qui frappe au premier abord, c'est la conformation du gland. Il n'existe qu'un prépuce très-rudimentaire, qui manque tout à fait en avant et à gauche. De ce côté, le gland est aplati; il présente une gouttière longitudinale bien marquée, qui occupe toute sa face urétrale et s'étend depuis le collet jusqu'au point où devrait se trouver le méat : celui-ci manque; à 3 ou 4 millimètres en arrière de l'extrémité postérieure de la gouttière, on voit un orifice arrondi de 2 à 3 millimètres de diamètre, qui n'est autre que l'ouverture antérieure de l'urètre bordé par la muqueuse. Il y a donc hypospadias rétro-glandaire avec atrophie de la région urétrale du gland, et absence de réunion de la gouttière urétrale à sa terminaison antérieure.

Jusqu'ici rien d'extraordinaire ; mais voici en quoi consiste l'anomalie : la gouttière et l'orifice dont je viens de parler s'offrent tout d'abord à la vue, parce qu'ils paraissent situés à la face antérieure du gland ; mais, lorsqu'on examine les choses de plus près, on reconnaît que ce dernier organe est renversé, car ce qui représente sa face dorsale regarde vers le scrotum, tandis que sa face urétrale regarde en avant et un peu à gauche. C'est pour cela que l'hypospadias s'aperçoit sur-le-champ. Pour bien faire comprendre cette déviation, on dirait que la verge a été tordue sur son axe jusqu'à ce que la face inférieure du gland regardât en avant.

L'urètre a subi une déviation correspondante; on s'assure par le cathétérisme qu'à partir de son orifice antérieur il se porte de droite à gauche et d'avant en arrière, contourne en spirale la face latérale du corps caverneux gauche, pour venir reprendre sa position inférieure et médiane normale au niveau de la racine des bourses.

Cette anomalie pourrait peut-être être rapprochée de quelques cas où l'on a décrit l'urètre comme s'ouvrant sur le dos du pénis.

Voici du reste comment l'organe fonctionne :

Malgré la position vicieuse de l'orifice urétral, l'urine et le sperme sont projetés à une distance convenable et dans le prolongement de l'axe de la verge toutefois. La torsion de l'urètre dirige ce jet un peu

latéralement vers le côté droit, ce qui se comprend aisément. Tout ce qu'on a dit sur la direction vicieuse de l'urine et du fluide séminal chez les hypospades de cette variété est aussi erroné dans ce cas que dans tous les autres. Ici pas plus qu'ailleurs on ne pourrait justifier une opération ayant pour but de prolonger artificiellement l'urètre jusqu'au bout du pénis. La verge n'est point tirée en bas vers le scrotum comme cela s'observe assez fréquemment dans l'hypospadias, et, au dire du sujet, les érections sont très-convenables.

L'ouverture très-large du méat urinaire est considérée comme une circonstance favorable à la contagion blennorrhagique. L'étroitesse très-grande de l'orifice anormal n'a pas préservé notre malade d'une double contamination.

Chez lui, du reste, il n'y a rien à faire ; il urine bien et facilement.

Je crois, au contraire, que dans d'autres cas on est autorisé à agir, et que pour chacune des variétés les indications doivent être fort différentes. Par malheur, tout ce qui a été fait jusqu'ici n'est guère encourageant.

J'ose même dire, en réservant toutefois un fait de M. Ripoll (de Toulouse), qu'il n'existe pas jusqu'ici une seule observation concluante d'urétrogénie par perforation. Je dis concluante, parce que vous connaissez certainement les faits de Dupuytren, de M. Bégin, etc. ; mais les opérés n'ont pas été suivis, et ces prétendus succès sont illusoires. Il y a, du reste, outre le succès thérapeutique à constater, à démontrer un point bien important de physiologie pathologique : Peut-on établir dans l'épaisseur des tissus un canal et le maintenir indéfiniment perméable? J'en appelle, du reste, à l'expérience de M. Guersant, duquel je tiens que jamais il n'a pu maintenir un urètre artificiel.

M. GUERSANT. Ce que dit M. Verneuil n'est que trop vrai. En recueillant mes souvenirs, je crois que j'ai opéré dix hypospadias : chez la plupart, l'ouverture siégeait à la base du gland ; dans deux cas, derrière les bourses. Sans doute j'ai pu renvoyer à leurs parents les enfants munis d'un canal artificiel ; mais dès qu'on négligeait la sonde, le canal se fermait. Et bien que je n'aie pu suivre tous mes petits malades, je ne pourrais dire avoir constaté un seul succès réel et durable.

M. LARREY. A propos du fait singulier cité par M. Verneuil, je ferai une observation à la Société, connue d'un bon nombre de chirurgiens militaires : l'hypospadias s'accompagne presque toujours d'une innervation très-marquée du bout de la verge, et quand on examine des conscrits, sans retourner le membre viril, à l'innervation du gland on peut deviner qu'il existe un hypospadias.

CORRESPONDANCE.

M. MOREL remet à M. le président un paquet cacheté.

M. MARJOLIN offre de la part de M. Prescott Hewett la photographie du portrait de J. Hunter ; — un exemplaire du grand travail publié en Angleterre sur l'histoire de la vaccine. M. Danyau est chargé d'en rendre compte. — *Recherches sur quelques points de l'anatomie du foie*, par M. le docteur Lionel Beale. M. Giraldès est chargé d'en rendre compte.

M. LE PRÉSIDENT charge M. Marjolin d'adresser des remercîments à M. Prescott Hewett.

Discussion à propos du rapport de M. Danyau sur le travail de M. Blot.

M. LABORIE. Vous avez écouté avec la plus grande attention l'intéressant rapport de notre savant collègue M. Danyau. En prenant la parole après cette communication, je n'ai et ne puis avoir la prétention d'y rien ajouter. C'est l'œuvre d'un maître, et nous avons été trop heureux d'entendre une parole autorisée aborder un sujet aussi délicat.

Aussi mon intention est-elle de ne faire, pour ainsi dire, qu'un rappel des opinions de notre honoré confrère, en forçant peut-être un peu plus ses conclusions. Vous avez, sans aucun doute, l'idée d'enrichir vos Mémoires par l'insertion du rapport de M. Danyau, et dès lors la publicité qu'il recevra sera restreinte, il ne faut pas se le dissimuler. Si nos Bulletins sont répandus et lus par un grand nombre de médecins, il n'en est pas de même de nos Mémoires. Aussi tout en renvoyant le travail de M. Danyau au comité de publication, est-il à désirer que la trace de cette importante communication se retrouve dans vos Bulletins.

On peut dire qu'il n'est pas en obstétrique une question qui ait été plus souvent agitée que celle qui nous occupe, et il n'y a pas lieu de s'en étonner. Quoi de plus saisissant, en effet, que le spectacle qui s'offre aux yeux des assistants et à la méditation des praticiens, lorsqu'il y a issue du bras de l'enfant au dehors des parties de la mère, surtout lorsque cette procidence existe depuis longtemps ?

Le médecin en présence de cet accident, en le supposant même vieilli dans la pratique obstétricale, ne peut se défendre d'une appréhension bien concevable. Aussi voyez combien de procédés imaginés pour remédier à cette présentation anormale. Chacun a voulu apporter le tribut de son ingéniosité dans cette lutte qui doit le plus souvent se ter-

miner au moins par la mort de l'enfant. Tous s'acharnent après ce malheureux membre; les plus modérés se contentent d'appliquer de la glace dans la main, de la chatouiller, de la pincer, s'adressant à l'instinct de l'enfant, qui, pour se soustraire à ces excitations, fera peut-être un effort pour faire rentrer son bras. D'autres le veulent refouler soit avec la main, soit à l'aide d'instruments spéciaux.

Après ces innocentes tentatives se présentent les actions plus violentes, les scarifications, les tractions poussées jusqu'à l'arrachement; puis enfin l'amputation, et chacun apporte son procédé, Philumius, Aétius, et jusqu'à Ambroise Paré, qui propose une amputation régulière.

La question à ce point présente son summum de difficulté. Permettez-nous d'y limiter le champ de la discussion. Nous ne voulons parler, en effet, que de ces cas dans lesquels les tentatives régulières et rationnelles ont été épuisées; l'utérus vide de liquide, absolument appliqué sur le fœtus, reste contracté, non pas seulement à son col, mais dans toute l'étendue de son corps; toute tentative pour pratiquer la version est inadmissible. La vie de la mère est menacée; si alors on se décide à faire la brachiotomie, que peut-on espérer de cette mutilation? M. Danyau vous l'a dit, rien ou fort peu de chose, et si un praticien aussi expérimenté émet une opinion aussi grave; si tout en admettant la possibilité de la brachiotomie, il fait des réserves pour ne la laisser qu'aux mains des plus habiles, j'ose dire qu'il vaut mieux la proscrire tout à fait. Cette opération, que Burtow appelait une scélératesse, que Laënnec qualifiait d'atroce barbarie, est bien faite pour effrayer même les plus hardis; et pour comprendre une telle répulsion, on n'aura qu'à lire les résultats obtenus par quelques opérations; rappeler l'observation citée par Peu, d'un enfant qui, après avoir eu les deux bras coupés, vécut huit jours chez son assassin où on l'avait porté; celle de Picard, où la vie persista également après une double amputation, n'est-ce pas suffisant pour juger la question?

M. Danyau vous a dit que la mort de l'enfant, autrefois si difficile à reconnaître, pouvait aujourd'hui, à l'aide de nos récentes conquêtes dans l'art des accouchements, être diagnostiquée avec certitude. Mais, Messieurs, ces conquêtes sont-elles devenues tellement usuelles que chacun puisse en tirer profit? On ne saurait répondre affirmativement, personne ne nous contredira, M. Danyau moins que personne, puisqu'il établit des catégories pour les opérateurs aptes ou inaptes à pratiquer la brachiotomie.

Aussi, Messieurs, n'aurions-nous que cette crainte d'amener au

monde un malheureux enfant mutilé présentant un reste de vie qui ne tardera pas à s'éteindre sous les yeux des assistants, que, sans hésiter, nous mettrions en pratique une tout autre opération, et, croyez-le bien, vous tous qui pratiquez les plus graves opérations, il n'est pas une seule de ces grandes luttes dans lesquelles vous vous engagez chaque jour qui puisse vous donner une idée des appréhensions cruelles éprouvées par l'accoucheur, lorsque, plein de conviction dans la marche qu'il va suivre, il se trouve dans la nécessité, pour sauver la mère, de faire le sacrifice d'un enfant, et rien de plus cruel que le spectacle qui s'offre à ses yeux si ce sacrifice, commencé dans l'utérus, vient s'achever sous ses yeux.

Nous avons assisté à une opération terrible, qui a laissé dans notre esprit un souvenir ineffaçable, et cependant rien n'avait été négligé pour éviter un tel malheur. Un enfant vivant encore devait payer de sa vie le salut de sa mère ; on se décida à faire la céphalotripsie, et on eut le soin d'introduire dans le crâne les ciseaux de Smellie. Le cerveau fut lacéré ; des injections vigoureusement poussées chassèrent au dehors la plus grande partie de la pulpe cérébrale, le céphalotribe saisit et écrasa la base du crâne, et malgré toutes ces précautions on amena un enfant encore vivant.

Après un tel exemple, vous concevez, Messieurs, les motifs qui me font insister sur la répulsion que doit inspirer la brachiotomie.

Ou l'enfant est encore vivant, et vous le tuez alors en deux fois, ou il est mort, et ce que vous avez tenté comme opération reste le plus souvent inutile. Pour mon compte, en présence d'un tel dilemme, je ne conçois plus l'hésitation. Il faut recourir à une opération plus radicale, dont les suites pour la mère sont plus sûres ; je veux parler de la détroncation.

C'est à elle que nous donnerons la préférence, et si elle présentait trop de difficulté, nous aurions recours à l'éviscération, ou encore à la section du tronc en deux parties, d'après le procédé de Davis, procédé dont, suivant notre savant confrère M. Cazeaux, M. Payan (d'Aix) s'attribue à tort l'idée.

Ainsi, Messieurs, pour me résumer, et n'engageant en cela que ma propre responsabilité, je propose de repousser la brachiotomie, pour lui substituer les opérations plus radicales et plus sûres que je viens de citer. Le praticien devra lutter par tous les moyens connus contre la rugosité du corps et du col de l'utérus, si cette contraction mettait obstacle à l'introduction de la main dans la matrice. La brachiotomie ne resterait que l'*ultima ratio* du chirurgien, et ne devrait être appliquée

qu'en désespoir de cause et seulement lorsque la mort de l'enfant aurait été positivement reconnue.

Posées dans ces termes précis, les indications de cette opération pourront être comprises et acceptées par tous, et vous n'aurez pas alors à vous enquérir du plus ou moins d'aptitude de l'opérateur. C'est en effet, Messieurs, une bien dangereuse position que vous faites au praticien isolé, auquel vous déniez l'autorité suffisante pour agir suivant sa conscience. Cette suspicion, partant de si haut, pourra porter ses fruits dans un moment donné, et la conséquence forcée sera de ne plus considérer le diplôme que nous avons tous conquis au même titre comme couvrant également la responsabilité de tous ceux qui l'ont obtenu.

M. CAZEAUX. Dans son travail, M. Blot a fait une part trop large à la brachiotomie, et M. Danyau l'a restreinte, mais pas encore assez, à mon sens. Il n'a pas assez dit que la brachiotomie n'est qu'une ressource extrême. Si dans des cas très-rares cette opération a donné un résultat satisfaisant, bien plus souvent elle a été inutile, et a dû être suivie d'une autre intervention opératoire pour délivrer la mère. Or, je ne connais aucun signe, et je crois qu'il n'en existe aucun capable de faire prévoir que peut-être cette opération sera utile. Sur quelle base alors y aura-t-on recours, et qui peut porter l'accoucheur à tenter cette chance, quand il a une autre ressource, celle-là certainement radicale? Il est évident que l'enfant est mort, malgré les doutes qu'émettait tout à l'heure M. Laborie. Eh bien, l'éventration sans doute est aussi effroyable comme spectacle que l'amputation du bras, mais elle est plus facile et elle est certaine.

Je crois donc que cette question doit être tranchée tout à fait catégoriquement; il faut dire : La brachiotomie est mauvaise, il faut la rejeter, il faut la proscrire; il faut dire dans une leçon aux jeunes médecins : Vous n'aurez jamais à la faire, vous ne devrez jamais la tenter, qu'autant que toute autre opération serait impossible, et je ne prévois guère le cas. Je diffère donc de notre collègue en ceci, que je ne voudrais pas de concessions.

M. DANYAU. Je ne vois guère en quoi mon opinion diffère de celle de M. Cazeaux. La brachiotomie peut convenir à un cas extrême, voilà tout ce que j'ai dit, et M. Cazeaux le répétait tout à l'heure ; mais j'ai reconnu que dans la pratique il vaut mieux commencer de suite par une opération radicale. Je n'ai pu nier que l'extirpation du bras a paru quelquefois faciliter la version. Il ne faut pas aller contre les faits;

mais en principe, j'ai été loin d'adopter, de conseiller même la brachiotomie. M. Cazeaux, du reste, n'a pas été, je crois; sur ce sujet, aussi carré dans son livre d'accouchement que tendraient à le faire penser les paroles que vous venez d'entendre.

M. CAZEAUX. J'ai eu tort si je n'ai pas tranché résolûment la question dans mon livre. Non-seulement je voudrais rejeter la brachiotomie de la pratique, mais encore j'ai les doutes les plus grands sur l'efficacité de cette opération dans les cas où elle a paru utile. Ne sait-on pas que certaines fois la version est d'abord déclarée impossible; une ou deux heures se passent, et, au grand avantage du dernier consultant appelé, la manœuvre se termine aisément. Savons-nous si la brachiotomie est utile autrement que par le dégorgement du fœtus? M. Blot, suivant moi, s'est un peu monté la tête sur un moyen dont il a cru voir d'heureux effets; votre rapporteur ajoute de nouveaux succès aux siens, de manière à consolider l'édifice de M. Blot. De cette façon, malgré votre critique, le lecteur sera tenté d'essayer la brachiotomie. Et pour moi, si j'ai écrit quelque part qu'en certains cas la brachiotomie pouvait être pratiquée, j'aurai soin de le faire disparaître.

M. DANYAU. Une nuance seule me sépare de M. Cazeaux. Je suis au fond aussi radical que lui; mais peut-être un jour pourra-t-on distinguer les cas où la brachiotomie a toute chance d'être utile. J'ai tout simplement réservé l'avenir.

Séance du 2 septembre 1857.

Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC présente un jeune homme atteint de double anorchidie congéniale.

Une particularité, dit M. Chassaignac, me fait affirmer ici l'absence des testicules : c'est qu'au milieu des éléments atrophiés du cordon, on distingue nettement des deux côtés un canal déférent. Et, comme il n'y a rien au-dessous, on peut être sûr que les glandes séminales ne sont point retenues à l'abdomen. M. Godard, dont vous connaissez les travaux sur ce point d'anatomie, partage mon opinion.

M. MOREL-LAVALLÉE. Il est plus difficile que ne semble le croire M. Chassaignac d'assigner la véritable nature des cordons sentis dans le haut des bourses. Pour moi, je ne crois pas avoir senti les canaux déférents. Des veines peuvent très-bien les simuler. J'ai vu Samson, Vidal et d'autres hésiter en cherchant à reconnaître les canaux déférents.

M. AD. RICHARD. Peut-être que dans des cas d'incomplet développement on peut hésiter à reconnaître le canal déférent. Mais chez les sujets bien conformés, malgré ce que dit M. Morel-Lavallée, je ne puis croire qu'un chirurgien puisse jamais se trouver embarrassé à cet égard.

Je ne partage pas pourtant la certitude de M. Chassaignac sur l'anorchidie du jeune garçon qui vient de nous être présenté. Les arrêts dans la descente du testicule sont accompagnés du dévidement, pour ainsi dire, du canal épididymaire et de sa précipitation dans les bourses.

On peut donc sentir le canal spermatique dans le haut du scrotum sans qu'on puisse en conclure, et au contraire, de l'absence de la glande séminale.

M. CHASSAIGNAC. Mais alors le testicule serait à l'anneau; vous l'y verriez, vous l'y sentiriez. Quant à distinguer le canal déférent des veines, je déclare que cela est toujours possible. Il n'y a que le conduit du sperme qui forme cette corde dure, droite, tendue.

M. MARJOLIN. Je crois qu'il s'agit ici d'une atrophie, et non d'une absence des testicules. On les sent, en effet, sous forme de masses flasques, aplaties, bien petites sans doute, mais encore perceptibles au fond des bourses.

Déchirure complète de l'urètre avec écartement des deux bouts. — Infiltration d'urine. — Opération pour retrouver le bout profond. — Guérison. — M. DEMARQUAY présente un jeune homme de vingt-cinq à vingt-six ans auquel il est arrivé un accident grave dans les premiers jours d'avril dernier.

Ce jeune homme, dit M. Demarquay, était monté sur une caisse lorsqu'il eut le malheur de tomber les jambes écartées, et le périnée vint frapper sur le pied d'un tabouret renversé. Il éprouva une vive douleur, et, lorsqu'il voulut uriner, il ne put satisfaire complétement à ce besoin : il éprouvait une sensation de chaleur dans tout le périnée, comme si un liquide chaud pénétrait dans les tissus.

Il resta ainsi plusieurs jours dans sa chambre, et au bout de quatre jours il entra à la Maison de santé.

A son entrée dans cet établissement, l'interne de garde put faire pénétrer une petite sonde dans la vessie. M. Demarquay, trouvant le périnée énormément développé et gros comme un chapeau, avec une teinte livide, fit plusieurs incisions pour donner issue à une quantité de liquide qui peut être évaluée à un ou deux litres.

L'état du malade s'améliora, et au bout de deux ou trois jours M. Demarquay ôta la sonde qui avait été placée dans la vessie au moment de l'entrée du malade et qui était insuffisante, et chercha à la remplacer par une sonde plus volumineuse; malgré ses tentatives réitérées, il ne put jamais arriver dans la vessie. Après des essais répétés pendant plusieurs jours, il chercha à se rendre compte des difficultés insurmontables qu'il rencontrait. Le doigt étant introduit par une des plaies dans la profondeur du périnée, arrivait sous la symphyse pubienne, que le doigt contournait avec facilité; une sonde introduite dans l'urètre arrivait dans une grande cavité et permettait de constater une interruption de cet organe; de plus, quand le malade urinait, le doigt, placé dans la profondeur du périnée, sentait un liquide chaud venir de la partie profonde de cette région, et qui ne coulait point par l'urètre. Toute l'urine coulait par le périnée. M. Demarquay évalue à deux travers de doigt au moins l'espace compris entre les deux bouts de l'urètre. Depuis l'entrée du malade jusqu'au 1er mai, M. Demarquay chercha à faire pénétrer une sonde dans la vessie; ne pouvant y parvenir, il se décida à faire l'opération suivante. Il fit une incision courbe au-devant de l'anus, comme s'il voulait pratiquer la taille bilatérale, en exagérant même cette incision; puis incisa couche par couche pour arriver sûrement dans le point où il espérait retrouver le bout profond de l'urètre; cela fait, il exerça une traction sur la paroi antérieure du rectum, et baissa de la sorte le col vésical et fit uriner le malade. Pendant cet acte il fit pénétrer une sonde mince flexible dans la vessie, et il la ramena par un mécanisme bien simple dans la partie antérieure de l'urètre. Cela fait, M. Demarquay fit glisser une sonde assez volumineuse, ouverte à son extrémité terminale, dans la cavité vésicale et il ôta la sonde conductrice. Tous les huit jours, pour remplacer la sonde, il introduisait une bougie en baleine assez rigide dans le réservoir urinaire, ôtait la sonde ancienne et la remplaçait par une nouvelle. Au bout de quatre mois de traitement le jeune homme est guéri; les plaies du périnée sont cicatrisées; et pour prévenir une atrésie consécutive de l'urètre, M. Demarquay oblige ce jeune homme à n'uriner

qu'avec l'aide d'une sonde de gros calibre introduite dans la vessie.

M. HUGUIER. Des cas pareils à celui de M. Demarquay se voient de temps en temps. Ils sont toujours dus à une chute à califourchon sur une partie saillante, une échelle, le bord d'une table, une branche d'arbre, etc. Parmi ceux que j'ai vus, je citerai un malade que j'observai il y a deux ans. Celui-là tomba à cheval sur le bord d'un tonneau défoncé. Il en résulta, comme d'habitude, un abcès gangréneux, et le malade perdit ainsi trois centimètres de la longueur de l'urètre. Après avoir laissé déterger la plaie, je mis une sonde dans les deux bouts, et le blessé guérit très-bien. C'est là ce qui fait que je me demande si l'incision en demi-lune de toute la largeur du périnée, faite par notre collègue, était absolument nécessaire.

M. DEMARQUAY. Pour mettre une sonde, il fallait avoir le bout profond de l'urètre, et c'est parce qu'il m'était impossible de le découvrir que j'ai pratiqué mon opération.

C'est après des tentatives sans nombre que je suis arrivé à ce moyen extrême, après avoir pris l'avis de M. Monod.

M. MICHON. En somme, M. Demarquay a opéré pour pouvoir passer une sonde. Dans ces cas, en effet, l'urètre s'enfonce dans la plaie comme une artère divisée en entier.

Mais là on a un guide. Quand le malade rend de l'urine, il y a quelques chances pour qu'on puisse trouver l'orifice par où coule le liquide. Je me rappelle une circonstance où, après deux heures d'essai, je parvins enfin à conduire la sonde dans la vessie.

Si M. Demarquay a opéré, c'est qu'il le fallait absolument. Mais il faudrait bien se garder d'ériger en règle une pareille conduite. La règle est celle-ci, c'est que dans l'immense majorité des cas, avec du temps et des tâtonnements, on doit arriver dans la vessie sans être obligé d'opérer.

M. DEMARQUAY. L'accident de mon malade a eu lieu le 6 avril. C'est le 1er mai que je l'ai opéré. Entre ces deux dates, j'ai passé chaque jour une heure à essayer de pénétrer avec une bougie. C'est de guerre lasse que j'ai dû agir, et parce que je ne pouvais plus attendre, car les plaies du périnée allaient sans cesse se rétrécissant.

M. GUÉRIN. J'ai vu, il y a quelques jours, un malade atteint d'une rupture de l'urètre avec un épanchement de sang considérable. N'ayant pu réussir dans une première tentative de cathétérisme, je m'en suis abstenu. Le sang et l'urine se sont écoulés par les voies naturelles, et au bout de huit jours tout allait bien. C'est là un succès dont tout l'honneur revient à la temporisation.

M. DEMARQUAY fait ressortir la différence entre le fait cité par M. Guérin et celui dont il a entretenu la Société.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La Société se forme en comité secret.

DE LA DÉSARTICULATION DE L'ÉPAULE

dans un cas de version rendue impossible par l'engagement trop considérable de cette épaule et la rétraction violente de l'utérus, l'enfant étant mort.

Par M. le D[r] H. BLOT, chef de clinique d'accouchements de la Faculté.

Il est des faits qui viennent modifier les idées que nous avons pu nous faire *à priori* sur la valeur de certaines méthodes ou de certains procédés opératoires ; tel est celui qui fait le sujet de la note que je viens aujourd'hui soumettre au jugement de la Société. J'étais depuis longtemps resté convaincu par mes lectures, et surtout par le raisonnement, de l'inutilité et même des inconvénients de l'ablation du membre thoraçique, dans les cas de présentation de l'épaule compliquée de l'écoulement complet du liquide amniotique et de la rétraction violente de l'utérus.

Dans ces cas, lorsque la version est rendue impossible, le procédé de Celse, adopté et vulgarisé par notre savant maître M. P. Dubois, c'est à-dire la décollation, doit toujours être préféré à tous les autres moyens, c'est à lui qu'il faut d'abord s'adresser ; il ne peut malheureusement pas toujours être mis en pratique, et ce sont des faits de cette dernière espèce qui ont un peu modifié mon opinion sur la valeur de la désarticulation de l'épaule pour ces cas exceptionnels ; je suis devenu un peu moins absolu à cet égard, comme, au reste, cela arrive presque toujours au fur et à mesure qu'on avance dans la pratique. Comme il s'agit là d'une des causes de dystocie les plus graves qu'on puisse rencontrer, j'ai pensé qu'il ne serait peut-être pas sans intérêt de communiquer à la Société de chirurgie quelques détails relatifs à l'un de ces faits. Je choisis le plus récent.

Le dimanche 25 mai 1856, à 5 heures du soir, entre à la Clinique la nommée Emiot, âgée de vingt-quatre ans, d'une bonne constitution, ayant le bassin bien conformé

Cette femme a déjà eu deux enfants à terme qui sont nés spontanément. Elle a eu, dit-elle, ses dernières règles le 25 septembre 1855, elle serait par conséquent enceinte de huit mois ; l'enfant de cette femme nous a cependant offert les apparences d'un enfant à terme.

Cette jeune femme, qui était assistée par une sage-femme, commença à éprouver les premières douleurs de l'enfantement le samedi 24 mai 1856, à six heures du matin. Le même jour, à deux heures de l'après-midi, la sage-femme rompit les membranes pour reconnaître la partie fœtale qui se présentait. Malgré cette manœuvre, elle resta dans la même ignorance jusqu'au lendemain dimanche dans l'après-midi. Alors seulement, à une heure du soir, elle fit voir la malade à M. le docteur Dreyfus, qui reconnut une présentation de l'épaule, et tenta la version pelvienne. Ce confrère, trouvant là de trop grandes difficultés, fit demander M. Depaul, qui, à deux heures du soir, était rendu auprès de la patiente. Après l'avoir soumise aux inhalations de chloroforme jusqu'à insensibilité complète, M. Depaul tenta la version ; il parvint à saisir un pied qu'il amena dans le vagin, mais qu'il ne put faire avancer plus loin, à cause de l'obstacle que mettaient au mouvement d'évolution, d'une part la rétraction violente de l'utérus, de l'autre l'engagement considérable de l'épaule. Se trouvant d'ailleurs privé d'aides et dans des conditions mauvaises à tous égards pour terminer un accouchement aussi difficile, il envoya cette femme à la Clinique.

Quand je la vis pour la première fois, les choses étaient dans l'état suivant :

La main droite et l'avant-bras *tout entier* font procidence en dehors de la vulve; ces parties, notablement tuméfiées, ont une couleur violacée. L'épaule droite et la partie supérieure de la poitrine sont fortement engagées dans le détroit supérieur, contre lequel le fœtus est solidement appliqué par les parois utérines; celles ci, violemment rétractées, sont moulées très-exactement sur les différentes parties du fœtus. De plus, dans le vagin, au niveau de sa partie moyenne, on trouve le pied droit. Il ne reste plus du tout de liquide amniotique dans l'utérus. L'auscultation, pratiquée avec grand soin, permet de constater qu'il n'existe plus de battements dans le cœur fœtal. Le fœtus commence d'ailleurs à exhaler une légère odeur de putréfaction qui ne peut laisser aucun doute sur sa mort. Les contractions utérines sont presque nulles ; il existe seulement une rétraction considérable, permanente et comme tétanique.

M. P. Dubois est immédiatement prévenu. Retenu en ville après

d'une personne en travail qu'il ne peut quitter, il me fait dire de le suppléer.

Face à face avec ces difficultés, je dus naturellement réfléchir quelques instants sur le meilleur parti à prendre. La malade était très-fatiguée et dans cet état d'épuisement où plonge un travail longtemps prolongé qui reste inefficace. Des tentatives de version faites par un homme aussi expérimenté que M. Depaul étaient restées sans résultat; fallait-il y revenir, ou chercher à diminuer la rétraction utérine par les moyens divers qui ont été conseillés en pareil cas? L'expérience que j'avais pu acquérir sur la valeur de ces moyens en suivant la pratique de mes maîtres, ma petite expérience personnelle, m'avaient donné peu de confiance dans leur emploi; j'avais vu si souvent échouer les injections émollientes, les grands bains, l'opium, la saignée, etc., que je n'étais pas, je l'avoue, très-disposé à les mettre en usage. D'ailleurs, je n'avais plus ici qu'un seul intérêt à sauvegarder, celui de la mère, et son état général me semblait contre-indiquer une expectation plus prolongée, expectation que rend nécessaire l'emploi des différents moyens indiqués plus haut. Me rappelant enfin que quelquefois une version impossible à un certain moment devient assez facile quelques heures plus tard, par suite de modifications survenues dans l'état de l'utérus ou la position du fœtus, je me décidai à renouveler, au moins une fois, les tentatives de version qui quatre heures auparavant étaient restées infructueuses.

Je fais donc placer la femme comme pour l'opération de la version. Sur sa demande expresse, je la soumets aux inhalations de chloroforme. Au bout de quatre minutes, l'anesthésie *complète* est obtenue; j'introduis alors la main droite pour tâcher d'attirer le deuxième pied; j'ai beaucoup de peine à gagner le fond de l'utérus, tant il est rétracté. J'arrive enfin au pied gauche; mais ma main est si fortement appliquée sur le fœtus que je ne puis fléchir les doigts pour saisir l'extrémité, que je sens à la fois par la main contenue dans l'utérus et par celle placée extérieurement pour en maintenir le fond. La tension des parois utérines est d'ailleurs tellement grande, que je crains de voir se produire une rupture au niveau des saillies que formeraient mes doigts fléchis, absolument comme se rompt une corde trop tendue sur son chevalet. Je retire donc ma main avec beaucoup de douceur, et, arrivé dans le vagin, je saisis le pied qui s'y trouvait; des tractions assez énergiques le font assez descendre pour que je puisse y appliquer un lacs. La prise étant alors plus sûre, j'augmente un peu les efforts de traction; mais je reconnais bientôt à certains craquements que si j'in-

sistais davantage, je déchirerais les parties molles et séparerais la jambe de la cuisse. Pendant ces tractions, l'épaule engagée ne remontait pas du tout.

Alors, l'enfant étant mort et ne représentant plus qu'un corps étranger qu'il s'agissait d'extraire de l'utérus en exerçant sur les parties maternelles le moins de violences possible, je me décidai immédiatement à pratiquer la décollation ; mais en allant à la recherche du cou, je reconnus bientôt que la tête, au lieu de répondre à la fosse iliaque droite, était placée beaucoup plus haut, de telle façon que pour atteindre le cou avec les longs ciseaux qui servent ordinairement à pratiquer cette opération, j'étais obligé de les introduire dans les parties génitales jusqu'aux anneaux, ce qui en rendait le maniement presque impossible. Aussi, après quelques tentatives qui n'eurent pour résultat que la section de la peau du côté droit du cou, songeant qu'il me faudrait, pour compléter la séparation du tronc, faire pénétrer les ciseaux à plusieurs centimètres plus haut, chose impraticable, je résolus de recourir à la désarticulation de l'épaule, qui par son engagement considérable me semblait constituer un des principaux obstacles au mouvement d'évolution.

Plaçant alors mes deux doigts, index et médius gauches, sous la partie antérieure du col utérin de manière à le bien protéger, je fis jouer les lames des grands ciseaux au-dessous d'eux sur le moignon de l'épaule, pendant qu'un aide exerçait au moyen d'un lacs des tractions modérées sur le bras dans le double but de tendre les parties molles et d'abaisser autant que possible le point sur lequel devait agir l'instrument tranchant. En une minute environ, la désarticulation fut opérée et le membre supérieur droit enlevé. L'utérus restait toujours aussi violemment rétracté, et cependant, tirant alors sur le pied droit, il me suffit de *très-légers efforts* pour produire le mouvement d'évolution. Les fesses furent promptement amenées à la vulve; je dégageai l'autre membre pelvien sans aucune difficulté; puis après le tronc et le membre thoracique gauche; puis enfin la tête, le tout avec la plus grande facilité.

Le placenta décollé vint se présenter à la vulve, et la délivrance fut faite immédiatement. La malade, revenue à elle, ne veut pas croire qu'elle est accouchée; elle exprime toute sa joie de n'avoir rien senti, et ne cesse de se réjouir d'être si heureusement délivrée.

Le 1er juin, sept jours plus tard, elle mange deux portions, et sort bien portante de l'hôpital.

Du fait précédent et de quelques autres analogues, je me crois autorisé à tirer les conclusions suivantes :

1° Dans les cas de version rendue impossible au deuxième temps (évolution) par la rétraction violente de l'utérus et l'engagement considérable de l'épaule, si l'enfant est vivant, la principale indication consiste à combattre par tous les moyens connus, la rétraction utérine. Parmi ces moyens, le chloroforme échoue presque toujours, quoi qu'on en ait dit dans ces derniers temps.

2° Si l'enfant est mort et que sa mort soit constatée d'une manière bien certaine, la meilleure opération à pratiquer, quand elle est possible, c'est la décollation.

3° Si, l'enfant étant mort, l'élévation de la tête fœtale rend le cou inaccessible, et par suite la décollation impossible, la désarticulation de l'épaule engagée constitue une ressource bien inférieure à la décollation, mais qu'il ne faut pas rejeter *a priori*, puisque dans quelques cas, elle a pu à elle seule rendre très-simple et très-facile l'extraction du fœtus.

4° Le procédé le plus simple et le plus inoffensif de pratiquer cette désarticulation me paraît être celui qu'emploie M. P. Dubois pour la décollation, c'est-à-dire l'incision des parties molles couche par couche au moyen de forts ciseaux à bec-de-lièvre légèrement courbes sur le plat et munis de longs manches.

Séance du 9 septembre 1857.

Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Lipomes d'un diagnostic difficile. — M. MOREL-LAVALLÉE présente un malade qui offre deux tumeurs parfaitement symétriques, occupant la même situation dans le creux poplité de chaque côté. On aurait pu prendre ces tumeurs pour des kystes ou des hernies musculaires. Elles apparaissent surtout lorsque les muscles sont tendus.

Une ponction exploratrice a permis de reconnaître qu'elles étaient formées par du tissu adipeux. M. Morel-Lavallée fait remarquer l'analogie des caractères spéciaux de ces tumeurs avec ceux de la tumeur

développée sur le trajet du muscle brachial antérieur, chez le malade de M. Verneuil, soumis à l'examen de la Société dans une séance précédente. En rapprochant ces deux cas, M. Morel-Lavallée est plus que jamais disposé à ne pas considérer la tumeur de ce dernier malade comme formée par des fibres musculaires.

M. BOINET, en signalant l'adhérence aux tendons musculaires, adhérence assez inaccoutumée, des tumeurs lipomateuses du malade de M. Morel, pense que cette circonstance devait induire en erreur et les faire considérer comme de nature kystique.

Réunion congéniale du médius et de l'annulaire. — Opération. — M. DEGUISE fils soumet de nouveau à l'examen de la Société la jeune fille présentée dans une séance précédente, et qui offrait une réunion congéniale du médius et de l'annulaire.

Cette malade a été opérée suivant le procédé de M. Didot (de Liége). La guérison, en bonne voie, n'est pas encore complète. Le procédé de M. Didot, très-séduisant lorsqu'on se contente de l'étudier théoriquement, offre pratiquement les plus grandes difficultés.

Dans ce cas particulier, en raison de l'adhérence très-intime des doigts, ces difficultés ont été encore plus grandes. Je dois d'abord, dit M. Deguise, signaler la très-abondante hémorrhagie produite par la dissection des lambeaux, et ensuite, malgré toute l'attention mise dans cette dissection, l'insuffisance de ces lambeaux. Pour recouvrir les surfaces saignantes, il m'a fallu exercer une traction vigoureuse avec les sutures. Voilà pour ce qui concerne l'opération ; quant aux suites, elles ont aussi présenté une série de complications dont nous n'avons pas encore le dernier mot.

J'ai eu d'abord à combattre une pourriture d'hôpital qui a fait tomber une bonne partie des lambeaux : malgré cet accident, la cicatrice a pu s'effectuer jusqu'à l'extrémité des doigts. Je dois signaler ici une particularité : sur le moule en plâtre reproduisant exactement la difformité avant l'opération, on peut voir que le médius n'offrait pas plus de longueur que l'annulaire ; la réunion des deux phalangettes paraissait si intime que plusieurs de nos collègues croyaient à la possibilité de l'arrêt de développement de cette partie du squelette. Aussitôt après l'opération, le doigt médius a repris sa forme normale, et son prétendu raccourcissement n'était que le résultat de l'adhérence qui le retenait accolé à l'annulaire.

Nous poursuivons après cette remarque la série des inconvénients inhérents au procédé de M. Didot. Les cicatrices deviennent actives, et

de la rétraction qu'elles subissent il résulte que sur la face palmaire comme sur la face dorsale du doigt, il se forme deux résistances nuisant aux mouvements de flexion et d'extension. Ainsi le doigt annulaire tend à se fléchir, tandis que le médius est maintenu en extension.

Cette particularité était plus appréciable il y a deux ou trois mois.

La séparation des doigts, fort complète primitivement, devient chaque jour moins radicale. La commissure interdigitale tend tous les jours à progresser vers l'extrémité des doigts, et actuellement la connexion existe de nouveau dans toute l'étendue de la première phalange.

Mon intention est de lutter par une nouvelle opération contre cette récidive ; je me propose de tailler un lambeau palmaire, que je logerai dans l'espace interdigital profondément ouvert.

M. Deguise fait hommage à la Société du plâtre reproduisant la difformité avant l'opération ; il y joindra ultérieurement le moule de la main après guérison, pour rendre l'observation complète.

M. GUERSANT, dans trois cas, a pratiqué la même opération, et jamais il n'a eu de succès complet; la commissure tendait toujours à rétablir l'adhérence interdigitale. Dans un cas, il a ajouté à son opération le procédé que M. Deguise se propose d'employer, mais sans succès; le lambeau palmaire est tombé en gangrène.

M. GIRALDÈS a suivi avec un vif intérêt l'observation communiquée par M. Deguise ; elle permet de juger le procédé de M. Didot, et elle démontre que les reproches qu'il lui adressait n'étaient pas exagérés, comme M. Deguise paraissait le croire.

M. DEGUISE. Le procédé est, comme je l'ai déjà dit, très-séduisant, mais je reconnais volontiers qu'il offre des difficultés. Dans le fait spécial qui m'occupe, ces difficultés étaient encore accrues par l'intimité de l'adhérence interdigitale. Néanmoins, tel qu'il est, je lui donne la préférence sur les autres. Ce qu'on peut lui objecter de plus sérieux, c'est l'insuffisance des lambeaux.

Du reste, malgré ce que la guérison offre d'incomplet, je dois signaler les avantages dès maintenant acquis pour la jeune malade dans les fonctions de la main.

— Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. MOREL-LAVALLÉE, à propos du malade présenté par M. Chassaignac comme un exemple d'anorchidie complète, pense que l'on aurait peut-être pris pour le canal déférent la tunique vaginale plissée sur elle-même.

Reprise de la discussion sur l'observation de rupture du canal de l'urètre communiquée par M. Demarquay. — M. RICHET. Avant de prendre la parole sur le fait communiqué par M. Demarquay, j'ai voulu consulter mes notes pour rechercher si je n'avais pas quelque observation analogue. J'ai retrouvé, en effet, un fait qui mérite, je pense, d'être rapproché de celui de notre collègue.

Il y a six ans, dans un cas de rupture de l'urètre, n'ayant pu parvenir à faire pénétrer la sonde dans le bout postérieur, je me décidai à diviser le périnée par une incision médiane sur le raphé, comme je l'avais déjà vu pratiquer par Lisfranc, et cette opération très-simple me permit de retrouver avec facilité le canal; de cette façon j'évitais une dissection qui ne laisse pas de présenter des dangers.

M. DEMARQUAY a entendu cette communication avec intérêt; mais dans le cas qui lui est spécial, il n'aurait pu obtenir un résultat sans inciser le sphincter et la paroi antérieure de l'intestin.

M. RICHET ajoute que Lisfranc n'hésitait pas à inciser le sphincter.

M. VERNEUIL. Le procédé suivi par M. Demarquay peut offrir une ressource utile dans certains cas, et à ce titre il mérite d'être accueilli. Mais dans le fait communiqué par notre collègue, pouvait-on se dispenser d'y recourir?

Pour mon compte, ajoute M. Verneuil, j'aurais donné la préférence au procédé suivi par M. Richet, procédé bien connu et décrit dans les plus anciens traités de chirurgie. A l'aide de cette incision médiane, on peut avec toute chance de succès rechercher l'urètre en se servant d'une sonde cannelée.

M. RICHET pense que M. Verneuil se trompe en admettant comme facile la recherche du canal dans la plaie. Il se perd au milieu des fistules, et ce temps de l'opération présente les plus grandes difficultés.

M. DEMARQUAY, comme M. Richet, insiste sur les difficultés le plus souvent insurmontables que l'on éprouve lorsqu'on recherche l'urètre au milieu des fistules. On ne peut s'en faire une idée que lorsqu'on s'est trouvé en présence de faits de ce genre. Ainsi, dit M. Demarquay, chez mon malade, le périnée, lorsque je l'ai examiné pour la première fois, offrait une saillie considérable. Les ouvertures qu'il présentait étaient d'abord assez larges pour permettre l'introduction facile du doigt dans le clapier, et malgré cette facilité donnée à l'exploration, il m'a toujours été impossible de retrouver l'urètre; puis toutes les ouvertures se sont successivement et assez rapidement rétrécies.

Je me trouvais dans le plus grand embarras. C'est alors que je me décidai à recourir au procédé que j'ai décrit, procédé que j'avais précédemment étudié sur le cadavre en cherchant le meilleur mode d'opération pour l'extraction de pierres volumineuses. J'avais vu alors avec quelle facilité, à l'aide de l'incision curviligne *anté-anale*, je pouvais abaisser le rectum, et procéder avec presque certitude de succès à la recherche du bout postérieur de l'urètre.

M. VERNEUIL persiste à penser que l'incision médiane eût suffi, et, en tout cas, la précipitation mise par l'opérateur pour appliquer son procédé ne lui paraît pas rationnelle. En rapprochant ce fait de nombreux faits analogues, on voit le plus souvent la guérison se produire spontanément après une expectation de plusieurs mois; et la saine pratique doit tendre à éviter des opérations dont les suites peuvent être des plus graves.

M. DEMARQUAY. Je ne puis admettre sans réponse la critique de M. Verneuil. J'ai agi sur mon malade, dont la position était déplorable, comme j'aurais voulu qu'on agît sur moi.

J'ai vu dans le service de M. Lenoir un charbonnier dans des conditions analogues. L'urine sortait uniquement par le périnée. Pour obvier à une si déplorable infirmité, M. Lenoir pratiqua l'urétrotomie; mais il ne put jamais retrouver le bout postérieur de l'urètre, et le malade succomba. Notre savant confrère avait donc reconnu comme moi la nécessité d'agir. Le résultat, comme vous le voyez, n'a pas été satisfaisant.

M. MOREL-LAVALLÉE a vu le malade auquel M. Demarquay fait allusion ; la mort n'a pas eu lieu dans les conditions signalées par M. Demarquay, mais bien à la suite de la ponction de la vessie.

M. VERNEUIL insiste de nouveau sur l'importance de l'expectation, pendant laquelle la nature fait à elle seule quelquefois tous les frais de la guérison, et il persiste à blâmer une intervention chirurgicale survenant six semaines seulement après l'accident.

M. DEMARQUAY ne s'est décidé à agir comme il l'a fait qu'après avoir recherché, soit dans les livres, soit en consultant plusieurs de ses collègues, s'il trouverait une ressource pour sortir d'un cas aussi grave. C'est alors qu'il a eu recours à son procédé, qu'il n'hésiterait pas à mettre en usage dans un cas analogue.

CORRESPONDANCE.

M. RICHARD, retenu auprès de son frère très-gravement malade, écrit pour se faire remplacer au bureau, et demande un congé.

— M. VERNEUIL dépose sur le bureau les thèses suivantes :

Besson : *Des fractures du maxillaire inférieur.*

Quesney : *De la conicité du moignon après les mutilations traumatiques du pied.*

Damian Torino : *Des causes de la permanence des luxations latérales externes de la rotule et de leur irréductibilité consécutive.*

LECTURE.

Amputation de Chopart pratiquée par Blandin en 1844. — Résultat très-satisfaisant. — Légère élévation du calcanéum.

M. VERNEUIL communique l'observation suivante :

J'ai déjà à plusieurs reprises montré à la Société des malades qui, ayant subi autrefois l'amputation de Chopart, n'en avaient retiré que de faibles avantages quand ils n'avaient pas dû se soumettre à une nouvelle opération. La vérité me fait un devoir de rapporter un fait tout contraire, c'est-à-dire éminemment favorable à cette amputation.

Le 13 août 1857, entra à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Jean, n° 17), le nommé Blavoit (Hippolyte). Cet homme, d'une forte constitution, avait été amputé par Blandin en octobre 1844. Il était affecté, dit-il, d'une nécrose survenue à la suite d'une blessure du pied occasionnée par sa chaussure. Cette étiologie est intéressante, parce qu'elle fait rentrer ce cas dans la catégorie des lésions accidentelles sans disposition diathésique fâcheuse, circonstance éminemment favorable, comme on le sait, à la réussite des amputations partielles.

Depuis que l'opération a été pratiquée, la marche a toujours été facile, et on n'a vu survenir aucun des accidents si graves qui surviennent si souvent en pareil cas. A la vérité, le malade, qui exerçait le métier de carrier, a pris une occupation sédentaire et qui entraîne peu de fatigue ; il confectionne des chaussons.

Il est entré à l'hôpital pour un accident très-léger, une large ampoule soulevée au niveau du point où s'exerce la pression do l'épiderme, qui est fort épais ; cela suffit pour rendre la marche très-douloureuse. L'ampoule est ouverte, l'épiderme réséqué, et trois jours après tout est fini.

Voici dans quel état se trouve le moignon treize années environ après l'opération : La cicatrice est étroite, irrégulière, sinueuse, située à 4 ou 5 centimètres du sol. Elle adhère à la tête de l'astragale. Le jambier antérieur en se contractant, forme le tégument, et on constate sans peine qu'il adhère au lambeau plantaire.

Le calcanéum a subi une double déviation : son extrémité postérieure s'est élevée et ne repose plus sur le sol; aussi la peau du talon est plus mince et plus délicate que sur le pied de l'autre côté.

L'axe antéro-postérieur de cet os fait avec le sol un angle aigu de 20 degrés environ ouvert en arrière ; de plus, le même os paraît avoir subi sur son axe un mouvement de rotation qui a porté la face inférieure en dehors. Le poids du corps repose sur la partie antérieure et externe de la face inférieure du moignon, comme l'atteste l'épaississement considérable de l'épiderme et du tissu cellulo-graisseux qui double la peau. Le ligament dans ce point, et dans une étendue de 5 centimètres, représente exactement les caractères qu'on observe normalement au talon.

L'ascension légère du calcanéum ne pourrait être attribuée au muscle triceps sural, car le tendon d'Achille est plutôt relâché que tendu; il présente à sa partie inférieure une convexité postérieure très-marquée, que j'ai toujours observée en pareil cas. Cette déviation me paraît s'être produite par le mécanisme invoqué par notre éminent collègue M. Sédillot. On voit, du reste, qu'elle ne met aucun obstacle à la marche, et qu'à elle seule elle ne compromet pas la réussite de l'opération de Chopart.

J'ignore si l'observation de ce malade a déjà été publiée. Je n'ai pas fait de recherches pour m'en assurer; mais dans tous les cas il était toujours intéressant de constater un résultat aussi durable pour une amputation qui s'accompagne si souvent de suites malheureuses.

COMMUNICATION.

Hernie péri-ombilicale à deux anses étranglée et partiellement gangrenée. — M. GOSSELIN a été appelé auprès d'un homme âgé de cinquante ans, présentant une hernie péri-ombilicale volumineuse, offrant les symptômes de l'étranglement, symptômes qui d'abord assez obscurs ne laissaient actuellement aucun doute sur le diagnostic. Le malade, en effet, vomissait des matières stercorales.

Après avoir incisé les téguments, l'opérateur pénétra dans le sac qui ne contenait aucune parcelle d'épiploon, mais seulement deux anses

intestinales; elles étaient fortement serrées par un anneau fibreux qui fut incisé.

J'ai pu alors, dit M. Gosselin, attirer au dehors les anses intestinales et j'ai reconnu qu'elles étaient formées par une seule partie d'intestin, dont le milieu avait été retenu dans la cavité abdominale; j'avais, en effet, en tirant au dehors une des anses, amené l'autre; de telle sorte que j'avais extrait une longue portion d'intestin présentant 65 centimètres. En examinant les parois, je reconnus que les quatre points étranglés avaient été perforés par la violence de la contraction. Ainsi il y avait aux deux extrémités de la grande anse déplissée une ulcération perforante et au niveau de la plicature qui divisait cette grande anse en deux parties, je retrouvai également deux autres perforations.

J'étais fort indécis sur le parti à prendre. On peut à la rigueur, lorsqu'il existe une seule perforation peu étendue, inciser l'intestin; mais ici il ne fallait pas songer à cette réduction. Dès lors, que convenait-il de faire? laisser au dehors la totalité de l'intestin hernié ou réséquer la partie altérée comprise entre les deux perforations extrêmes.

Je me décidai pour cette dernière manière d'agir, craignant de laisser au dehors une grande quantité d'intestin, dont l'inflammation et la gangrène devaient présenter de trop grands dangers. Après avoir réséqué l'intestin, je réunis les deux bouts en pratiquant avec de grandes difficultés l'adossement des séreuses. Je dus, peu de temps après, détruire la suture, car les bouts renversés formaient un bourrelet interne assez volumineux pour gêner le cours des matières, et j'établis un anus contre nature. Le malade ne tarda pas à succomber.

J'ai pensé que cette observation, curieuse à plus d'un titre, vous paraîtrait digne de figurer dans vos bulletins.

M. LABORIE demande si M. Gosselin a eu recours à la suture de Gélys (de Nantes).

M. GOSSELIN s'est servi de la suture à points séparés.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur fibreuse de l'utérus. — M. HUGUIER soumet à l'examen de la Société une tumeur fibreuse de l'utérus.

La nommée Chenier (Marie), âgée de quarante et un ans, cuisinière, est entrée à l'hôpital le 31 juillet 1857.

Cette femme rapporte qu'elle a eu dix enfants. Le 22 mai de cette année, elle a fait une fausse couche à deux mois de grossesse. La sage-femme qui la soigna pendant son avortement lui dit, en la délivrant, qu'il lui restait encore quelque chose dans la matrice.

Un médecin fut appelé : il pensa qu'il restait un second enfant, mais que cet enfant était mort.

Quoi qu'il en soit, et bien que les règles aient reparu au bout de six semaines, cette femme continua d'être souffrante.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, elle consulta un autre médecin, qui l'examina, lui dit qu'elle avait une affection de matrice, et l'adressa à M. Huguier, alors suppléé par M. Alph. Guérin.

A l'examen de la malade, on constate dans le bas-ventre une tumeur paraissant dépendre de l'utérus. Au toucher vaginal, on sent manifestement qu'elle est située en avant de l'utérus et fait saillie dans le vagin.

Une sonde introduite dans la vessie est portée directement en arrière et en bas vers le coccyx, et fait supposer que la tumeur est située entre cet organe, qu'elle refoule en arrière, et la paroi abdominale. Elle paraît avoir le volume d'une tête de fœtus.

M. Guérin croit la tumeur fluctuante, et formée par une collection purulente.

En effet, depuis son entrée à l'hôpital, la malade a de la fièvre et accuse des élancements dans la partie malade. M. Guérin pense qu'on ne doit pas ouvrir sur-le-champ cette tumeur, et qu'il vaut mieux attendre son ouverture spontanée. Convaincu qu'il serait obligé de traverser la vessie, il recule devant une ponction par le vagin. — Expectative.

Le 14 août, la malade souffre davantage. Les symptômes généraux sont plus graves. — Application d'un large vésicatoire sur la tumeur.

Le 17, nouvel examen de la malade par M. Guérin et M. Huguier.

Cathétérisme de l'utérus. — L'utérus a sa longueur normale. Il y a seulement une légère rétroversion.

Cathétérisme de la vessie. — Comme la première fois, la sonde est portée en arrière et un peu à droite. La vessie est donc aplatie, portée en arrière par la tumeur, dont elle tapisse la paroi inférieure.

La malade se plaint d'envies fréquentes d'uriner et de difficulté dans la miction.

La fluctuation dans la tumeur est plus manifeste. Comme elle est perçue surtout dans la région hypogastrique gauche, il devient plus évident que son origine est de ce côté; cependant la fluctuation existe à la région sus-pubienne. Depuis quelques jours la tumeur augmente considérablement de volume.

M. Huguier pense avoir affaire à une tumeur sanguine enflammée, avec formation de pus, ou à un kyste suppuré.

Il décide que le lendemain une ponction sera pratiquée un peu au-dessus et à gauche du pubis; mais dans la nuit la malade est prise subitement de dyspnée, de douleurs abdominales violentes, et d'une agitation extrême.

Le 19 août, la sensibilité du ventre est très-vive ; le pouls est petit, filiforme, assez rapide ; la malade a de l'agitation et de la dyspnée : signes de péritonite commençante. — Sinapismes ; cataplasmes laudanisés; potion stimulante.

Pendant la visite la malade se plaint de n'avoir pas uriné depuis la veille. — Cathétérisme.

Dans cette opération, la sonde pénètre directement et n'est plus portée en arrière comme la veille. Ce qui fait supposer que la tumeur s'est vidée. En effet, par le toucher vaginal, on ne sent plus la saillie qu'elle faisait au-dessus du col de l'utérus, et celle qu'elle formait au-dessus du pubis a diminué des deux tiers.

Le soir, les accidents ont augmenté ; la malade a vomi ; le pouls est filiforme, tellement rapide, qu'on ne peut le compter ; les extrémités se refroidissent ; la sensibilité abdominale est extrême.

Le 20, les vomissements continuent. De nouveau, M. Huguier constate la diminution de la tumeur, et pense qu'elle s'est ouverte dans le péritoine. Pouls insensible ; refroidissement des extrémités. — Application de deux vésicatoires aux cuisses.

Le 21, même état.

Le 22, les vomissements s'arrêtent. Diarrhée abondante. — Diascordium, 2 grammes ; sous-nitrate de bismuth, 10 grammes ; orangeade ; eau de Seltz.

Le 23, la diarrhée continue. La malade s'affaiblit davantage ; le ventre est moins sensible ; il n'y a plus de vomissements. — Deux vésicatoires aux mollets ; orangeade ; eau de Seltz.

Le 24, même état.

Le 25, mort dans la matinée.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — La paroi abdominale enlevée, on aperçoit une tumeur du volume d'une tête d'enfant de cinq ans et de forme ovalaire. Elle simule la vessie fortement distendue.

Elle est placée sur la ligne médiane et remplit tout le petit bassin. Elle n'adhère pas à la paroi abdominale ; mais l'intestin grêle est fixé à sa partie supérieure par des fausses membranes épaisses et purulentes. Le ventre d'ailleurs est le siége d'une péritonite. Les intestins adhèrent entre eux par des fausses membranes ; mais il n'y a qu'un léger épanchement entre les anses intestinales. Lorsqu'on soulève la

tumeur, on constate en arrière, dans l'excavation pelvienne, un épanchement purulent, dont l'abondance est évaluée à un verre ou un verre et demi.

A la partie supérieure et postérieure droite de la tumeur existe une perforation arrondie, qui s'est faite par usure et dont les bords sont amincis. Le diamètre de cette perforation égale celui d'une pièce de cinquante centimes. Une matière grisâtre s'échappe au travers. En arrière de cette perforation, on en rencontre une autre du diamètre de 2 millimètres. Le pubis scié et enlevé, on soulève la tumeur avec le rectum, qui n'adhère pas à sa partie postérieure. Alors on voit manifestement qu'elle a pour point de départ l'utérus; mais on n'aperçoit nulle part la vessie. L'insufflation démontre qu'elle est déjetée à gauche et lui fait reprendre sa situation normale.

Un cathéter introduit dans l'utérus montre que sa cavité est libre dans toute son étendue et que l'organe n'a pas augmenté de volume. De chaque côté on voit les deux ovaires parfaitement sains. Alors on dissèque la vessie, qui était adhérente à toute la paroi antérieure du vagin, et on la détache de la tumeur.

On découvre ainsi le vagin et le col de l'utérus. On fend longitudinalement, et de bas en haut, ces deux organes, et on arrive à la tumeur.

La tumeur, fendue elle-même de bas en haut, laisse écouler un pus épais avec une matière grisâtre. Au milieu se trouvent plusieurs masses de nature évidemment fibreuse, de grosseur différente, mais ne dépassant pas le volume d'un œuf. Entre ces masses sont des loges qui contiennent du pus, mais qui communiquent toutes entre elles et conduisent à la perforation spontanée.

Les enveloppes de la tumeur sont formées par une couche corticale de tissu utérin, dépendant de la paroi antérieure de cet organe. Leur épaisseur est de 40 à 50 millimètres à la partie inférieure de la tumeur, tandis qu'à la partie supérieure, elles sont très-minces. Elles se détachent facilement de la tumeur, qu'on peut énucléer, du moins en grande partie.

Les parois propres de la tumeur ont à peu près la même épaisseur; mais nulle part elles ne communiquent avec la cavité de l'utérus; de sorte que la paroi antérieure de cet organe s'est dédoublée pour loger cette tumeur. Un feuillet la recouvre et la sépare du péritoine : un autre passe en arrière et la sépare de la cavité utérine.

M. CAZEAUX. J'ai été témoin avec M. Danyau d'un fait qui présente avec celui communiqué par M. Huguier la plus grande analogie. Une

modification semblable, survenue dans la tumeur, lui donnait la même apparence fluctuante.

La tumeur occupait le col utérin ; elle était logée dans son tissu. La fluctuation était si apparente que M. Dubois, qui fut appelé d'abord avec moi, n'hésita pas à conseiller une ponction, pensant que l'on avait affaire à un kyste. Je ne partageais pas d'abord absolument cette manière de voir ; je m'y rendis cependant, et à l'aide d'un trocart volumineux, je pénétrai dans l'épaisseur du prétendu kyste ; rien ne sortit par la canule. Le cas était des plus graves et des plus embarrassants. Le volume de la tumeur était en effet si considérable, que l'accouchement était tout à fait impossible. Désireux de faire partager ma responsabilité par un de mes confrères, je fis demander M. Danyau. Comme M. Dubois, et malgré l'insuccès de la ponction, il crut encore à un kyste, que le dard du trocart n'avait pas ouvert. Il pratiqua lui-même une nouvelle ponction sans plus de résultat.

Nous avions donc affaire à une de ces tumeurs fibreuses qui, sous l'influence de l'activité circulatoire produite par la gestation, s'était pour ainsi dire comme érectilisée.

L'autopsie, que malheureusement nous avons pu pratiquer, a confirmé la justesse de cette appréciation.

Ainsi, il reste avéré qu'une tumeur fibreuse, dure et résistante pendant l'état de vacuité de l'utérus, peut si bien participer à la vascularisation de tout l'organe pendant la grossesse, que ses caractères physiques se transforment : elle devient molle, fluctuante, et peut faire croire à la présence d'un kyste.

Quant au pus remarqué sur la pièce de M. Huguier, il s'est formé sans doute consécutivement à l'accouchement.

Il est encore un fait qui me paraît incontestable, et que je veux signaler à l'attention de la Société.

Les tumeurs fibreuses qui subissent un accroissement marqué par le fait de la grossesse, peuvent diminuer ensuite et même disparaître complétement. Une dame à laquelle je donnais des soins fit une fausse couche ; je reconnus sur la partie latérale de l'utérus la présence d'une tumeur fibreuse grosse comme la tête. Avant la grossesse, jamais la malade ne s'en était aperçue. Je pus, à la suite de la fausse couche, sentir la tumeur et apprécier son volume. Mais par des examens successifs, je reconnus qu'elle diminuait sensiblement, et après un certain nombre d'années il m'était devenu impossible d'en retrouver la moindre trace.

Un deuxième fait analogue a été observé dans ma pratique.

M. DANYAU. J'ai parfaitement souvenance du fait de M. Cazeaux ; seulement il me semble que notre confrère, qui a fait l'autopsie, m'a dit qu'il s'agissait d'une véritable hypertrophie du tissu utérin. Je n'ai du reste jamais vu de tumeurs fibreuses présenter ce ramollissement fluctuant dont il est question.

M. Danyau cite un fait de tumeur fibreuse énorme logée dans l'épaisseur du col. Il a pu l'énucléer avec une certaine facilité. La malade a guéri.

Quant à la diminution des tumeurs fibreuses, ajoute M. Danyau, je l'ai constatée, mais pas d'une façon aussi complète que l'indique M. Cazeaux.

Dans un cas, M. Depaul, appelé auprès d'une malade qui offrait une tumeur fibreuse volumineuse du col, a dû arrêter une grossesse commençante en ponctionnant l'œuf. La malade, dont la position était des plus alarmantes, a guéri. J'ai depuis revu la femme qui fait le sujet de cette observation, et la tumeur n'avait subi aucune modification quant à son volume. Je l'envoyai une première saison aux eaux de Kreütznach sans rien obtenir ; une deuxième saison a été plus avantageuse, la tumeur m'a paru diminuer.

M. CAZEAUX. Je reconnais que toutes les tumeurs ne diminuent pas ; mais il est incontestable que quelquefois cette diminution est manifeste, même sans qu'il y ait eu grossesse. Plusieurs observations qui me sont personnelles ne laissent aucun doute dans mon esprit sur la réalité de ce fait. Je dois dire cependant que les tumeurs qui diminuent et peuvent même disparaître, sont surtout celles qui n'ont annoncé leur présence que pendant le cours de la grossesse.

Je terminerai en citant un exemple remarquable de diminution de tumeur sans qu'il y ait eu grossesse.

Une jeune personne de Bayonne me fut adressée pour être traitée d'une tumeur volumineuse du ventre. Cette tumeur remontait à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et donnait toute l'apparence d'une grossesse arrivée à son terme. Un examen attentif, fait avec MM. Velpeau et Bricheteau, nous permit de diagnostiquer une tumeur fibreuse de l'utérus. La malade fut renvoyée dans son pays ; et tout en ne croyant pas à l'efficacité du traitement, nous prescrivîmes une médication fondante. Six mois après je recevais la nouvelle d'une grande amélioration, et finalement la malade, que nous croyions dans une position désespérée, guérit.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Le secrétaire de la Société, E. LABORIE.

Séance du 16 septembre 1857.

Présidence de M. Bouvier.

Suite de la discussion sur les tumeurs fibreuses de l'utérus. — Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. Huguier, reprenant la question des tumeurs fibreuses utérines, pense qu'il faut bien se garder de considérer comme un fait assez ordinaire la diminution, et, bien plus, la disparition des tumeurs fibreuses de l'utérus. Si M. Cazeaux a émis une opinion favorable à cette manière de voir, cela tient sans doute à la confusion qui semble régner dans le diagnostic des tumeurs utérines ; et à ce propos, M. Huguier rappelle les divisions qu'il a pu admettre en basant sa classification sur les recherches nécroscopiques.

Ainsi, la tumeur fibreuse unilobulaire simple n'est jamais susceptible de disparaître ; elle peut tout au plus, si elle tient au tissu utérin par un pédicule peu volumineux, s'atrophier quand l'organe cesse de ressentir les congestions menstruelles.

Mais il y a d'autres tumeurs qui peuvent se confondre sur le vivant avec cette première variété, et qui peuvent en imposer par leurs évolutions, et faire attribuer à une tumeur fibreuse unilobulaire des transformations impossibles à ces dernières.

Ces variétés sont :

1° Les tumeurs fibreuses multilobulaires, qui sont liées entre elles par des tissus qui se congestionnent, et qui, en s'augmentant sous les influences de la périodicité menstruelle ou de la grossesse, peuvent faire croire à un accroissement général d'une tumeur fibreuse, tandis qu'il n'en est rien. Dans cette catégorie devront être classées les tumeurs semblables à celle que j'ai soumise à l'examen de la Société. La suppuration peut s'emparer des éléments constitutifs non fibreux et il se forme des abcès qui, en s'ouvrant du côté du ventre, déterminent la mort.

2° *Les tumeurs hypertrophiques*, formées par du tissu utérin altéré. C'est sans doute à ce genre de tumeur que M. Cazeaux a eu affaire.

3° *Les tumeurs cellulo-vasculaires*, qui semblent fluctuantes.

4° Des tumeurs formées par du sang, lorsqu'à la suite de certaines hémorrhagies, comme les hématocèles rétro-utérines, le foyer sanguin persistant s'est transformé, et qu'il n'y reste que la partie fibrineuse

du sang, ces tumeurs peuvent quelquefois offrir un volume des plus considérables et une consistance assez grande pour rendre le diagnostic des plus difficiles.

J'ajouterai encore une autre nature de tumeur qui peut aussi donner lieu à une erreur de diagnostic. Je veux parler des kystes qui peuvent occuper différents points de l'utérus, soit être logés près de la face péritonéale, soit être interstitiels, soit enfin se trouver presque immédiatement au-dessous de la muqueuse. Quand ces kystes sont très-pleins et contenus dans une poche résistante, ils offrent tous les caractères physiques de la tumeur fibreuse. Vous admettrez bien alors que si un de ces kystes venait à s'ouvrir, on pourrait croire à la disparition d'une tumeur fibreuse.

Il est avéré que ces différentes tumeurs ont une tendance manifeste à s'accroître pendant la gestation. Après l'accouchement, elles perdent une partie du volume qu'elles ont acquis, mais elles sont généralement encore plus volumineuses qu'avant la grossesse.

M. CAZEAUX. Je connaissais parfaitement tout ce que M. Huguier vient de nous dire sur les tumeurs utérines. Je dirai seulement que je trouve notre collègue trop absolu lorsqu'il dit: Personne ne peut se vanter d'avoir guéri une tumeur fibreuse. Je suis de son avis, s'il prétend que l'on a pu arriver à ce résultat par un traitement quelconque; mais je dirai que sans traitement on a vu de ces tumeurs disparaître, et pour émettre cette opinion je ne me contenterai pas de mon diagnostic, les cas que j'ai cités avaient été soumis à l'examen de plusieurs de nos collègues les plus habiles.

M. HUGUIER répond qu'il est loin de repousser, comme le fait M. Cazeaux, l'utilité du traitement pour obtenir la diminution, sinon la guérison des tumeurs fibreuses; il a, pour son compte, obtenu à ce point de vue de très-bons résultats.

Après quelques observations de M. Cazeaux, la discussion est close.

Rupture de l'urètre. — M. VOILLEMIER, à propos de la communication faite dans une séance précédente par M. Demarquay, donne l'observation suivante:

Chute sur le périnée. — Rupture du canal de l'urètre. — Ponction de la vessie. — Urétrotomie et rétablissement du canal de l'urètre. — Le nommé Boulnois (Médéric), carrier, âgé de vingt ans, tomba sur l'angle d'une pierre de taille le 15 février 1857. Le périnée avait porté, et il y eut déchirure du canal de l'urètre avec impossibilité d'uriner. Des tentatives furent faites pendant plusieurs heures pour introduire

une sonde dans la vessie, mais inutilement, et on dut avoir recours à la ponction hypogastrique. Quelques jours après, l'ecchymose qui existait au périnée donna lieu à un abcès qui fut ouvert par deux incisions de deux centimètres sur les côtés de l'urètre. Il ne sortit que du pus et point d'urine, ce qui permit de croire qu'il s'agissait peut-être d'un abcès simple sans communication avec le canal. Cependant le malade ne pouvait uriner que par la sonde placée à l'hypogastre. Depuis deux mois et demi il était dans cet état, lorsqu'il fut envoyé dans mon service à l'hôpital Lariboisière.

Je cherchai d'abord à pénétrer dans la vessie avec une bougie fine; mais celle-ci, après avoir parcouru librement la partie antérieure du canal, venait sortir par les incisions dont j'ai parlé, au-dessous des bourses. Le pont de peau amincie et décollée fut coupé en travers pour essayer de retrouver l'orifice postérieur du canal, mais c'était complétement impossible. Après des recherches répétées plusieurs fois, je me décidai à agir de la manière suivante :

Le malade, préalablement chloroformé, fut placé sur une table comme pour subir l'opération de la taille périnéale. J'introduisis par l'ouverture fistuleuse de l'hypogastre une sonde d'argent, dont l'extrémité fut engagée dans le col de la vessie. Je m'assurai qu'elle était dans le canal en cherchant à lui imprimer des mouvements de rotation, car il ne me suffisait pas de sentir son extrémité à travers les parois du périnée, sachant qu'une sonde appuyée au-dessous du col de la vessie peut donner la même sensation. L'instrument fut alors confié à un aide. Avec un bistouri droit je pratiquai, dans la direction du raphé, une incision qui, partant de l'orifice fistuleux placé au-dessous des bourses, allait jusqu'à trois centimètres de l'anus. Les tissus divisés étaient indurés èt criaient sous le scalpel comme du tissu de cicatrice. Après avoir pénétré à une profondeur de trois centimètres et demi, je rencontrai l'extrémité de la sonde, que je fis saillir dans la plaie. Un fil passé dans ses yeux fut attaché à l'extrémi é d'une sonde en gomme qui avait été introduite dans la portion pénienne; rien ne fut plus facile que de conduire celle-ci dans la vessie en retirant la sonde d'argent.

On ne pouvait songer à réunir par première intention les tissus indurés du périnée, et la cicatrisation fut abandonnée à elle-même. Malgré la présence de la sonde qui était du nº 10, lorsque le malade faisait des efforts pour uriner, l'urine sortait principalement par l'ouverture hypogastrique. Mais cette ouverture, oblique de haut en bas et d'avant en arrière, se fermait peu à peu et l'urine tendait à sortir par la sonde.

Cette sonde devait être changée tous les trois jours, parce qu'elle s'incrustait très-facilement de matière calcaire; mais son extrémité restant toujours fixée à une petite bougie qui sortait par l'ouverture hypogastrique, ce changement de sonde se faisait très-aisément, sans courir le risque de la faire passer par la plaie périnéale. Le malade marchait vers une guérison rapide, lorsque, dans les derniers jours de juin, la scène change complétement. La plaie du périnée et celle de l'hypogastre deviennent livides; le malade est abattu, sans appétit, et avec douleur de tête; il y a de la fièvre et bientôt apparaît tout l'ensemble des symptômes d'une fièvre typhoïde grave. Elle fut grave en effet, et ce ne fut que vers le milieu d'août que le malade entra en convalescence. Pendant tout ce temps il avait uriné en partie par le canal et la fistule périnéale, en partie par l'ouverture hypogastrique, suivant la position du corps.

Le traitement fut repris dans les premiers jours de septembre. La fistule hypogastrique, notablement diminuée, fut cicatrisée en quelques jours après de légères cautérisations. Celle du périnée était très-petite, mais laissait encore passer quelques gouttes de liquide quand le malade urinait. Elle fut également touchée avec le nitrate d'argent. En même temps j'introduisis dans le canal une petite bougie, mais celle-ci avait une grande tendance à sortir par l'orifice fistuleux, qu'il fallait fermer avec le doigt pour la forcer à passer dans la vessie. Pour cette raison, je préférai sonder le malade avec une sonde de métal du nº 30. Chaque jour le volume de la sonde fut augmenté, et aujourd'hui que la fistule est complétement fermée, on passe très-facilement le nº 42 de la filière de Béniqué.

Il est un point sur lequel je crois devoir insister. Quand le malade, qui urine trois fois par jour, a fini d'uriner, et alors qu'on pourrait croire la vessie vide, si on pratique le cathétérisme, on voit qu'elle contient environ deux ou trois cuillerées d'urine. Pour que ce liquide s'écoule, il faut presser sur l'abdomen, et si on vient à discontinuer cette pression, on voit à l'instant l'urine cesser de sortir, et on entend l'air entrer dans la vessie. C'est que celle-ci est adhérente à la paroi antérieure de l'abdomen, et que ses adhérences ne lui permettent pas de revenir complétement sur elle-même.

Il est probable que chez notre jeune malade cette circonstance n'aura pas de gravité, et qu'à la longue les adhérences venant à céder permettront à la vessie de se vider complétement. J'ai désiré appeler l'attention de la Société sur un accident qui peut se représenter dans tous les cas où on aura pratiqué une plaie intéressant à la fois la

paroi abdominale et la vessie, accident qui n'a pas été indiqué et qui n'est peut-être pas sans inconvénient.

M. CHASSAIGNAC, après cette communication, rappelle qu'il y a plus de dix ans il avait proposé de retrouver le canal par la vessie. Ce procédé, qu'il croyait nouveau, avait du reste été déjà employé avant lui.

Son observation a été publiée, il y a sept ou huit ans, dans la *Gazette des Hôpitaux*, et depuis dans les *Bulletins* de la Société.

M. GUERSANT a aussi appliqué ce procédé. Il avait fait faire un cathéter cannelé sur sa concavité, et à l'aide de cette cannelure il conduisait la sonde lorsque le cathéter avait été introduit dans le canal par la vessie.

M. GUÉRIN demande si M. Voillemier a pu sur son malade reconnaître la distance qui séparait les deux bouts du canal divisé.

M. VOILLEMIER dit qu'il ne saurait répondre avec précision à cette question. Seulement, *à priori* et sans preuves, il est disposé à ne pas admettre que les bouts du canal puissent s'écarter.

M. HOUEL rappelle que, sur une pièce présentée par M. Chassaignac, il y avait un écartement de 15 millimètres.

M. CHASSAIGNAC pense que le prétendu écartement n'est que le résultat d'une perte de substance produite par gangrène.

M. GUÉRIN. Je suis bien aise d'avoir entendu M. Voillemier exprimer une opinion conforme à celle que j'admets relativement à la rupture de l'urètre. Quand un malade affecté de chaudepisse cordée *se rompt la corde*, suivant l'expression consacrée, l'urètre se rompt, mais jamais, je crois, dans toute sa périphérie. J'ai d'ailleurs fait une expérience conforme à cette dernière manière de voir. J'insiste sur ce sujet, parce que je trouve une certaine contradiction entre deux faits signalés dans l'observation qui vous a été communiquée par M. Demarquay. Notre collègue a constaté un écartement de 2 centimètres entre les deux bouts de l'urètre, et pourtant son interne est parvenu à introduire une bougie dans l'urètre. C'est là assurément une grande habileté, s'il y avait un écartement de 2 centimètres. Je trouve cette contradiction si grande que je me suis demandé si M. Demarquay, en faisant son incision transversale au milieu de tissus mortifiés, n'aurait pas achevé la section de l'urètre avec son bistouri. S'il en était ainsi, ce serait une terrible objection contre le procédé opératoire qu'il nous a vanté.

M. DEMARQUAY. Je m'abstiendrai de rentrer dans la question du procédé opératoire : elle a été assez discutée.

Je dirai seulement que l'urètre, d'abord déchiré, s'est ensuite sphacélé. Quand l'interne a pu pénétrer dans la vessie, il est probable que la partie gangrenée n'était pas encore tombée.

Quant à l'écartement, je l'ai très-clairement reconnu ; il n'était pas douteux, et offrait l'étendue de deux travers de doigt.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit une lettre relative à l'observation communiquée par M. Gosselin dans la dernière séance.

Cette lettre est renvoyée à M. Gosselin.

— M. Gillebert d'Hercourt (de Lyon) adresse un mémoire intitulé : *De l'immobilité prolongée et du redressement lent et gradué de l'incurvation vertébrale dans le traitement de la maladie de Pott.*

Renvoyé à une commission composée de MM. Bouvier, Robert et Gosselin.

— A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire de la Société, Dr E. LABORIE.

Séance du 23 septembre 1857.

Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Hypertrophie éléphantiasique de l'auriculaire et de l'annulaire de la main droite. — M. GUERSANT soumet à l'examen de la Société un jeune enfant de quatre à cinq ans offrant un gonflement considérable congénial de l'auriculaire de la main droite. L'annulaire de ce même côté présente déjà un certain degré d'hypertrophie. Il existe en outre du gonflement dans la paume de la main.

M. GOSSELIN pense qu'il s'agit d'une hypertrophie du derme et des couches sous-jacentes. Les os en général ne participent que peu ou point à cette maladie. Il y a entre ce fait et celui présenté par M. Broca dans une autre séance une analogie parfaite. On était d'avis d'amputer ce dernier malade; je pense qu'il en sera de même dans ce cas. L'annulaire, en raison de son peu de développement, pourrait ne pas être enlevé.

M. CHASSAIGNAC, comme M. Gosselin, pense que l'amputation est

le seul traitement applicable ; seulement, il serait d'avis d'éloigner le moment d'y recourir, si toutefois la maladie ne progresse pas trop sensiblement, et quand le malade sera au moment de choisir une profession, on pourra alors l'opérer. Une raison qui semble encore pour M. Chassaignac devoir faire adopter la temporisation, c'est qu'il existe une certaine extension du mal dans la paume de la main ; on verra avec le temps quel peut être l'avenir de cette complication, et les indications nouvelles qu'elle pourra faire surgir.

M. VOILLEMIER ne partage pas l'opinion de M. Chassaignac. Suivant lui, il n'y a pas le moindre doute sur l'opportunité d'une opération qui n'est pas grave par elle-même, et qui le sera d'autant moins qu'elle sera pratiquée sur un sujet plus jeune ; bien que l'hypertrophie s'étende sur la paume de la main, il ne pense pas qu'elle doive augmenter notablement. Dans des cas analogues d'hypertrophie éléphantiasique congéniale, il a remarqué que si le tissu morbide participe au développement de l'individu, il ne prend pas d'ordinaire de grandes dimensions. Il n'y aurait donc pas à craindre, suivant toute probabilité, une opération pour plus tard.

M. GUERSANT est d'avis de pratiquer l'amputation immédiatemeut, car elle offre moins de gravité à cet âge. Il est disposé à faire le sacrifice des deux doigts.

M. CHASSAIGNAC insiste sur l'opportunité de la temporisation, car si l'hypertrophie est stationnaire, il n'y a pas urgence, et, si par l'expectation on reconnaît qu'elle suit une progression sensible, on pourra alors agir et enlever toutes les parties malades.

M. MARJOLIN rappelle que le malade de M. Broca, qui était âgé de douze ans, est mort des suites de l'amputation.

Courbure à angle droit de l'humérus droit sur un enfant de trente-deux mois. — M. GUERSANT présente un jeune enfant qui offre une courbure à angle droit de l'humérus. Cette courbure, qui siége à la partie moyenne de l'os, se rencontre sans aucune trace de cal, sans adhérences, sans altération du membre. On remarque une légère incurvation de l'avant-bras du même côté.

Quelle est la nature de cette lésion ? Comment a-t-elle été produite, et que doit-on faire ? L'enfant est bien conformé, et n'offre que peu de traces de déformation rachitique sur les autres parties du squelette.

M. MARJOLIN. Cette observation offre un intérêt pratique très-grand, surtout au point de vue médico-légal. On nous apporte fréquemment des enfants dans des conditions analogues ; on nous demande si la dif-

formité est le résultat d'une fracture, et on se propose alors de poursuivre la nourrice. Les enfants peuvent, au moment où on nous les présente, se trouver du reste dans d'excellentes conditions de santé, et l'on pourrait croire à une fracture. Mais il faut reconnaître que souvent ces enfants, ayant d'abord un cachet de rachitisme, finissent, sous l'influence du bon air et d'une alimentation convenable, par perdre l'apparence rachitique. Ce matin encore, j'ai eu l'occasion de voir un jeune enfant avec une déformation marquée des deux os de l'avant-bras droit ; on croit reconnaître sur le lieu de la difformité des traces de cal, l'autre avant-bras s'est fracturé hier.

M. CAZEAUX, en raison de l'absence de gonflement au niveau de la déformation, ne croit pas qu'il y ait fracture sur le jeune malade de M. Guersant.

M. VOILLEMIER, en considérant combien est arrêtée la saillie formée par la courbure de l'os, croit qu'il s'agit d'une de ces fractures incomplètes si fréquentes chez les enfants. S'il n'y a pas de cal apparent, c'est que, dans ces sortes de fractures, la soudure a lieu directement, sans qu'il soit besoin de virole osseuse. Quant à la thérapeutique, il pense qu'à l'aide d'un appareil dont l'action serait très-lente et graduée, on pourrait sinon rendre au membre sa forme première, corriger du moins en grande partie la difformité.

M GUERSANT, comme M. Voillemier et pour les mêmes raisons, malgré l'impossibilité de reconnaître la présence du cal, croit à une fracture. Quant à la question médico-légale, nous sommes en effet assez souvent consultés ; mais qu'il y ait eu fracture ou simple courbure, la nourrice est toujours coupable d'une bien grande négligence.

Le traitement proposé par M. Voillemier serait sans doute tout à fait inefficace.

M. GIRALDÈS admet qu'il y a eu une fracture incomplète ; on trouve chez les rachitiques des exemples analogues : les os se courbent à angle droit, et il se forme plus tard un véritable cal. Quant au traitement, il serait dangereux de vouloir redresser avec une certaine vigueur. On doit agir avec une extrême prudence.

M. ROBERT croit le cas tellement obscur qu'il lui paraît impossible de rien affirmer, et bien plus même avec les pièces anatomiques en main, dans des faits analogues on reste quelquefois encore dans le doute. Il faut du reste ne faire aucun traitement.

M. GIRALDÈS insiste sur la nature première de la maladie ; malgré la bonne apparence de l'enfant, il croit qu'il s'agit d'un vice rachiti-

que. On sait que des enfants bien conformés au tronc et à la tête peuvent offrir les traces du rachitisme à l'extrémité des os longs, soit aux membres supérieurs, soit aux membres inférieurs.

M. HUGUIER insiste surtout sur la nécessité d'appliquer un traitement. Dans les conditions actuelles du membre malade, on verra les muscles s'atrophier. Il est d'avis de rompre l'os et de le ramener ainsi dans sa rectitude. Rien de plus facile, suivant lui, que la production de cette fracture; la réunion des fragments se fait ensuite avec assez de rapidité. Il pense que l'on ne pourrait rien obtenir par l'extension du membre.

M. VOILLEMIER fait observer à M. Huguier qu'il n'a point parlé d'appareil destiné à allonger le bras, ce qui serait complétement impossible, mais d'un véritable appareil orthopédique comme ceux qu'on emploie chaque jour pour redresser les courbures des os. D'après ce qu'il a observé, notamment sur une fracture d'avant-bras vicieusement consolidée chez un enfant, il est convaincu qu'on obtiendrait un bon résultat. En tout cas, il pense qu'on devrait essayer ce traitement simple avant de recourir au moyen violent que propose M. Huguier.

Quant à ce que vient de dire M. Giraldès sur l'action partielle du rachitisme portant tantôt sur les membres supérieurs et tantôt sur les membres inférieurs seulement, il partage complétement cette opinion. Mais quand un des membres supérieurs ou inférieurs est ramolli, l'autre l'est également, et, comme chez l'enfant présenté par M. Guersant l'humérus droit est seul difforme, tandis que le bras gauche ne présente rien de particulier, il est d'autant plus fondé à regarder la déformation du bras droit comme étant le résultat probable d'une fracture.

Exophthalmie de l'œil droit. — M. DEGUISE présente un malade affecté d'une exophthalmie de l'œil droit datant de 1852.

Le malade dit avoir fait à cette époque une chute du haut d'un pont; il eut une violente contusion de la tête. Ce fut quelque temps après qu'apparut l'exophthalmie. M. Deguise avait vu le malade pour la première fois il y a cinq ou six mois. Depuis lors, l'affection a fait beaucoup de progrès : la vision, d'abord affaiblie, a été depuis absolument abolie.

On remarque néanmoins la persistance de la contractilité pupillaire. Il existe un certain degré de paralysie sur une partie de la joue, de l'aile du nez et de la paupière supérieure du côté malade. L'examen du pharynx, aussi bien que des fosses nasales, ne permet de recon-

naître aucune tumeur, aucune altération. La compression des carotides ne donne lieu à aucune diminution de l'exophthalmie.

Hématocèle utérine. Diagnostic difficile. — M. GOSSELIN, à propos du procès-verbal, communique une observation d'hématocèle rétro-utérine qui avait pu être confondue avec une tumeur fibreuse.

Il s'agit, dit M. Gosselin, d'une observation dont malheureusement beaucoup de détails ne me sont plus très-présents.

Une malade, couchée, il y a dix-huit mois, dans le service de M. Beau, à l'hôpital Cochin, portait une tumeur dans l'excavation pelvienne. La difficulté du diagnostic était excessive. Deux fois, je fus invité par notre confrère à examiner la malade, et je trouvai en arrière du col, répondant à la partie postérieure du corps de l'utérus, une tumeur bosselée, dure, volumineuse. En saisissant la tumeur entre le doigt de la main droite, introduit soit dans le rectum, soit dans le vagin, et la main gauche appliquée sur la région hypogastrique, il me fut impossible de reconnaître la moindre trace de fluctuation. La dureté et la résistance étaient uniformes sur tous les points. Cette dureté, cette absence complète de fluctuation, nous firent rejeter, à M. Beau comme à moi, l'idée d'une hématocèle rétro-utérine, ou d'un abcès, ou d'un kyste. Nous fûmes convaincus qu'il s'agissait d'un de ces phlegmons ligneux, durs, chroniques, que l'on rencontre dans le tissu utérin. Les douleurs violentes éprouvées par la malade à différentes époques nous firent pencher pour ce genre d'affection de préférence à une tumeur fibreuse.

La malade mourut dans l'hôpital, je ne sais par le fait de quelle affection, et à l'autopsie nous pûmes reconnaître que la tumeur était formée par une hématocèle contenue dans une poche à parois très-résistantes et formée par des caillots très-condensés à la périphérie; tandisque dans le centre, le sang avait beaucoup moins de consistance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Borelli, chirurgien de l'hôpital de Saint-Maurice et Saint-Lazare, de Turin, fait hommage du tome Ier du Recueil clinique d'observations prises dans son service. Après avoir passé en revue les principaux faits contenus dans ce volume, M. Borelli fait hommage de deux autres mémoires, l'un sur la résection de la mâchoire inférieure; l'autre sur la rupture de l'ankylose angulaire du genou.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. le docteur Borelli de son intéressante communi ation.

RAPPORT.

M. GOSSELIN lit le rapport suivant sur la candidature de M. Piachaud :

Messieurs, M. le docteur Piachaud (de Genève) a envoyé à l'appui de sa candidature, comme membre correspondant, quatre observations chirurgicales dont je viens vous rendre compte au nom d'une commission composée de MM. Larrey, Lenoir et Gosselin. La première de ces observations est relative à une lésion traumatique tout à fait insolite, et que nous croyons même sans exemple dans la science. Le sujet est un jeune homme de vingt-cinq à trente ans, qui était mort instantanément à la suite d'un coup de couteau reçu dans la poitrine. M. Piachaud, commis par la justice pour faire l'autopsie, trouva que la mort avait été causée par une blessure de la crosse de l'aorte et que l'instrument vulnérant, c'était un couteau pointu, pour atteindre ce vaisseau, avait traversé de part en part la première pièce du sternum dans sa partie osseuse, à 27 millimètres au-dessous de la fourchette sternale et un peu à gauche de la ligne médiane.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un ectropion chez une petite fille de quatre ans. La difformité occupait la paupière supérieure et avait été consécutive à une plaie à lambeau qu'on avait réunie au moyen de la suture. Nonobstant les soins donnés après l'accident, qui remontait à six mois, la paupière était renversée à partir du point lacrymal jusqu'à la commissure externe, les cils étaient dirigés verticalement; une bride cicatricielle maintenait le renversement, qui était compliqué d'un bourrelet rouge conjonctivo-palpébral très-considérable. M. Piachaud a commencé par une blépharoplastie, suivant la méthode indienne, en prenant son lambeau dans la région frontale. L'opération s'est donc composée de trois temps : 1° incision transversale; 2° dissection du lambeau dont le pédicule est, à la racine du nez et à l'un de ses bords, confondu avec la plaie transversale, et dont l'extrémité libre correspond au milieu du front; 3° fixation de ce lambeau aux bords de la plaie transversale par cinq points de suture entrecoupée. Comme opération autoplastique, le succès a été complet, c'est-à-dire que le lambeau ne s'est gangrené en aucun point, que la réunion s'est bien faite, et qu'aucun accident n'est survenu. Mais le bourrelet conjonctivo-palpébral est resté et n'a pas permis à l'œil d'être mis à découvert par la volonté de l'enfant, ni même par la main de l'opérateur. M. Piachaud a donc eu à s'occuper consécutivement de cet élément important de la difformité, et après quelques attouchements

infructueux, tant avec la poudre d'alun qu'avec l'azotate d'argent, il a dû faire largement l'excision du bourrelet.

Huit jours après, l'enfant quittait Genève pour retourner à Annecy (en Savoie), et commençait à pouvoir découvrir l'œil. Près de deux ans plus tard, en 1855 (la dernière opération avait été faite le 20 août 1853), M. Piachaud a eu de ses nouvelles, et a su que l'œil était *presque entièrement* découvert et que le résultat était satisfaisant.

Vous voyez, Messieurs, que la fin de cette observation ressemble à beaucoup de celles qui se font pour la réparation des difformités. Presque toujours les malades nous viennent de loin, nous quittent aussitôt qu'ils n'ont plus besoin de nos soins, et ne donnent plus de leurs nouvelles, ou en donnent par hasard et d'incomplètes. Assurément vous seriez désireux de savoir à quel degré cet œil s'ouvre, s'il sert bien à la vision, si le lambeau s'est recroquevillé et forme un bourrelet cutané plus ou moins disgracieux, si la paupière restaurée n'est pas un peu trop longue, si enfin le bourrelet hypertrophique de la conjonctive a tout à fait disparu. M. Piachaud ne sait pas ce qu'il en est positivement, parce qu'il est loin de la malade et qu'il ne l'a pas revue. Ne l'accusez pas de ces *desiderata ;* ils sont indépendants de sa volonté, et tiennent à des conditions que nous sommes tous obligés de subir.

Signalons, en passant, une lacune d'un autre genre. M. Piachaud, qui paraît tenir avant tout à laisser parler les faits, s'est abstenu de commentaires et de réflexions, et en particulier il n'a pas dit pour quelles raisons il avait commencé par la blépharoplastie et fini par l'excision de la conjonctive. Ne vous semble-t-il pas que vous auriez fait le contraire, et que vous auriez commencé par exciser le bourrelet conjonctival pour voir ce qui resterait de la difformité, et décider, dans le cas où une opération ultérieure eût été reconnue indispensable, laquelle devait être choisie parmi toutes celles qui ont été faites pour des cas analogues ? Pour nous, qui avons conseillé ailleurs de suivre cette marche dans les cas d'ectropion complexe, nous croyons fermement que nous nous serions conformé aux préceptes que nous avons formulés (1). Cependant, n'ayant pas vu la malade, nous ne pouvons critiquer l'auteur d'avoir agi comme il l'a fait ; sans doute il s'est laissé guider par les circonstances particulières à sa malade, et nous comprenons qu'en effet l'ectropion se présente avec tant de va-

(1) *Traité des maladies des yeux,* par MM. Denonvilliers et Gosselin, pages 145 et 155.

riétés qu'il est impossible de prévoir exactement dans un livre tous les cas possibles, et le traitement qui convient à chacun d'eux.

La troisième observation est relative à une occlusion congéniale du vagin vers sa partie supérieure, opérée avec succès sur une jeune fille de dix-huit ans. Ce vice de conformation était, comme dans la plupart des faits de ce genre, resté ignoré jusqu'au moment où la menstruation commençante et la rétention du sang des règles donnèrent lieu à des accidents, à une tumeur abdominale, et surtout à une exacerbation violente de la douleur tous les mois.

La première fois que M. Piachaud fut appelé à l'examiner, il y avait dans le ventre une tumeur grosse comme une tête d'adulte, remontant jusqu'à l'ombilic, et que l'on sentait également par le vagin à trois ou quatre centimètres de profondeur. A cette distance de la vulve, le doigt était d'ailleurs arrêté par une résistance invincible, et ne trouvait rien qui donnât l'idée du col utérin. L'indication d'opérer étant rendue évidente par le retour et la violence des douleurs à chaque époque menstruelle, M. Piachaud fit d'abord avec le trocart une ponction qui donna issue à une certaine quantité de matière foncée ayant la consistance d'une gelée un peu liquide. Sûr alors qu'il s'agissait bien d'une rétention du sang menstruel, il incisa avec le bistouri boutonné à droite et à gauche, et vit sortir alors une très-grande quantité (plus d'un litre) de sang liquide de couleur chocolat. Explorant avec le doigt, il put constater au-dessus de l'incision l'existence d'une poche dans laquelle proéminait un col utérin parfaitement conformé, dont l'orifice était seulement assez ouvert pour permettre au doigt d'arriver facilement dans la cavité utérine. L'imperforation occupait donc non pas l'utérus lui-même, mais le vagin, et consistait en une sorte de cloison membraneuse qui séparait ce canal en deux parties, l'une inférieure et l'autre supérieure, dans laquelle s'ouvrait le col de l'utérus. Aucune suite sérieuse, si ce n'est un léger phlegmon de la fosse iliaque, n'est venue compliquer cette heureuse opération, et la malade a eu, sept semaines après, ses règles normalement et sans douleur, ce qui prouve que la voie établie par le bistouri ne s'était pas oblitérée. Pourtant M. Piachaud a constaté qu'elle s'était notablement rétrécie, et il pense que si une grossesse a lieu plus tard, l'accouchement ne pourra pas se faire sans un nouveau débridement.

La quatrième observation a pour objet une hernie crurale droite opérée le troisième jour, qu'on a trouvée gangrenée, et pour laquelle il a été nécessaire d'établir un anus contre nature. Près de trois mois après, l'entérotome de Dupuytren a été appliqué, et a ramené, au bout

de quelques jours, une bandelette longue de 4 centimètres. La malade ne tarda pas à aller à la garde-robe ; mais comme l'éperon se sentait encore à 3 centimètres de profondeur, M. Piachaud pensa que la cavité intermédiaire aux deux bouts n'était pas encore assez large, et il fit une nouvelle application de l'entérotome, ce qui lui permit de ramener une nouvelle lanière longue de 4 centimètres et demi. La maladie est abandonnée à elle-même pendant quatre mois, au bout desquels l'orifice extérieur persistant, quoique rétréci, laissa encore suinter quelques matières intestinales. M. Piachaud fait alors une opération occlusive consistant en un avivement circulaire du contour de la fistule, un décollement de ce contour à 1 centimètre et demi ou 2 de profondeur, et l'application d'une suture enchevillée. Deux fistules qui sont restées ont nécessité quelques semaines après une nouvelle suture, après quoi il restait encore, six mois plus tard, une petite ouverture qui laissait échapper un peu de liquide spumeux au moment où la malade se levait. Une cautérisation avec l'azotate d'argent paraît en avoir fait justice; car un mois après M. Piachaud a constaté qu'aucune ouverture anormale n'existait plus.

Pendant près d'une année que la malade a été vue, après l'application de l'entérotome, on n'a jamais constaté ni coliques ni constipation, ni aucun symptôme qui puisse donner lieu de penser qu'un rétrécissement intestinal soit survenu au niveau de la section de l'éperon. Sous ce rapport, l'observation de M. Piachaud pourra, comme celle des deux malades dont j'ai publié l'histoire, et comme celle de bien d'autres, être invoquée contre cette objection plutôt théorique que pratique, que la perte de substance faite par l'entérotome de Dupuytren expose à un rétrécissement consécutif, et par suite à une gêne dans la circulation des matières intestinales. Elle servirait, au besoin, pour appuyer au contraire cette opinion que nous avons eu déjà l'honneur de soutenir devant la Société de chirurgie, à savoir, que les modifications faites à l'instrument de Dupuytren n'ont pas l'utilité que leurs auteurs ont cru y trouver, et que cet instrument, tel que le grand chirurgien l'a imaginé, remplit toutes les conditions désirables pour rétablir avec sécurité la communication entre le bout supérieur et le bout inférieur de l'intestin.

Messieurs, le travail de M. Piachaud, que nous venons d'analyser, prouve que ce chirurgien connaît et sait utiliser les ressources les plus délicates de la médecine opératoire, qu'il a l'esprit net et précis des bons observateurs, et qu'il cherche dans l'observation attentive des faits le complément de l'éducation chirurgicale qu'il a faite à Paris.

Nous vous proposons :

1° De déposer le travail dans les archives de la Société,

2° De nommer M. Piachaud membre correspondant.

Ces conclusions sont adoptées, et la Société vote l'insertion du rapport de M. Gosselin dans ses *Bulletins.*

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. CHASSAIGNAC présente quatre pièces anatomo-pathologiques recueillies dans son service et enlevées par son procédé de l'écrasement linéaire :

1° Un polype fibreux utérin énorme. Il remplissait tout le vagin. Pour pouvoir glisser l'écraseur, on dut recourir à l'application du forceps, et ce fut en le conduisant sur les branches de cet instrument qu'on le fit pénétrer jusqu'à l'insertion du polype. L'opération fut des plus simples ; il n'y eut aucun écoulement de sang.

2° Un bourrelet hémorrhoïdal enlevé lundi dernier. Le malade, âgé de soixante-huit ans, a parfaitement supporté l'opération. Pas d'hémorrhagie.

3° et 4° Deux cancers de la langue. L'un enlevé sur un homme de soixante-quinze ans, l'autre sur un homme de quarante-trois ans.

Dans ces deux cas, dit M. Chassaignac, pour éviter toute perte de sang, j'ai opéré avec une extrême lenteur ; j'ai fait durer la section environ une heure. Il est impossible d'imaginer rien de plus simple que les suites de ces opérations.

M. VERNEUIL a eu une fois une très-légère hémorrhagie (quatre cuillerées à peine de sang) à la suite de l'ablation par écrasement linéaire d'un cancer de la langue. Cet accident a été produit consécutivement par le doigt promené sur la surface de la plaie. Un peu de glace a suffi pour arrêter l écoulement sanguin. Jamais, ajoute M. Verneuil, je n'ai vu des suites d'opération aussi heureuses. Le malade n'a pas eu un instant de fièvre ou de réaction douloureuse ; et malgré l'énorme perte de substance, la parole peut déjà se produire. Une languette latérale de l'organe qui avait pu être ménagée s'est, par un mouvement de bascule, venue appliquer par sa face saignante sur les plaies du plancher buccal résultant de la section à la base de la langue, et elle représente comme une petite langue rudimentaire, son bord latéral formant alors le bord antérieur de l'organe.

M. Verneuil pense qu'il serait utile de tenir compte de cet ingénieux procédé naturel de réparation, et on pourrait établir en principe, au-

tant que cela serait possible, de conserver un des bords de la langue, quelque étroit qu'il puisse être.

Le secrétaire de la Société, E. Laborie.

Séance du 30 septembre 1857.

Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Anus contre nature. — M. CHASSAIGNAC présente un malade qui était affecté d'un anus contre nature siégeant dans la fosse iliaque droite, tout à fait adossé au ligament de Fallope, et paraissant exister sur le cœcum.

Ce malade a été opéré une première fois par M. Chassaignac : il y eut insuccès. Une deuxième opération a été pratiquée par M. Rébard, dans le service de M. Velpeau. Cette tentative a été plus heureuse. L'observation a été publiée dans la thèse d'agrégation de M. Fouché. La guérison actuellement paraissait complète. Depuis près de trois semaines il n'était rien sorti par la fistule. En examinant aujourd'hui même la cicatrice, on a reconnu qu'il suintait encore quelques matières par un orifice presque imperceptible.

Tumeur de la face. Diagnostic. — M. MARJOLIN présente un petit enfant qui porte sur la joue gauche, vers l'angle de la mâchoire, une tumeur qu'à première inspection il considérait comme lipomateuse.

Après un examen attentif, il a été reconnu que cette tumeur transparente et fluctuante était formée par un kyste.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

M. DEGUISE, à propos du malade affecté d'exophthalmie qu'il a présenté dans la dernière séance, demande à M. Gosselin, qui l'a examiné, de vouloir bien donner son avis sur la nature de la maladie.

M. GOSSELIN a constaté chez ce malade une exophthalmie avec perte de la vue, sans symptômes de compression cérébrale ni tumeur extérieure appréciable à la vue ou au toucher. Il n'y a donc pas de tumeur intra-crânienne qui produirait la compression, ni tumeur de l'orbite ; car les kystes ou autres tumeurs qui pourraient s'y trouver se montreraient au pourtour de cette cavité. On ne peut donc admettre qu'une tumeur du nerf optique.

M. Gosselin a vu sur des jeunes gens plusieurs cas d'exophthalmies avec perte de la vue, causées par des tumeurs du nerf optique, probablement de nature cancéreuse.

Quant au traitement, M. Gosselin conseille l'extirpation de la tumeur, accompagnée nécessairement de celle de l'œil, malgré les chances de récidive; car sans cela il n'y aurait d'autre parti que d'abandonner le malade à son sort.

— M. CHASSAIGNAC apporte à la Société les indications suivantes, relatives au rétablissement de l'urètre au moyen du cathétérisme urétro-vésical.

J'ai l'honneur de placer sous les yeux de la Société de chirurgie la date précise des communications qui établissent la part que j'ai prise à l'invention et à l'application clinique du cathétérisme rétro-urétral. C'est le nom que j'ai donné à l'opération par laquelle on retrouve et on reconstitue l'urètre en procédant de la vessie vers le méat.

Dans le numéro du 17 septembre 1844 de la *Gazette des Hôpitaux*, est publiée textuellement l'observation du premier malade chez lequel a été pratiqué le cathétérisme rétro-urétral.

Voici un court résumé de l'observation :

Delacroix (Jean-Baptiste), soixante-quatre ans, cordonnier, entré le 25 août 1844 à la Charité.

Nombreuses blennorrhagies antérieures traitées par les injections.

Cinq ans auparavant, accidents graves de rétention d'urine. Renouvellement des mêmes accidents il y a deux ans.

Le 24 août, rétention d'urine depuis douze heures. Cathétérisme négatif. Ponction hypogastrique de la vessie par M. Gerdy.

Je me trouve alors chargé du service.

J'introduis par l'hypogastre une algalie courbe que je fais pénétrer dans l'urètre par l'orifice vésical de ce conduit. Employant alors une deuxième sonde métallique introduite par le méat, pendant que la sonde hypogastrique reste en place dans la région prostatique de l'urètre, je parviens à obtenir le choc des deux instruments, et, me guidant sur la sonde hypogastrique que je refoule peu à peu avec le bec de la sonde urétrale, je conduis celle-ci jusque dans la vessie, et je reconstitue le canal.

Dans la séance du 26 août 1844 de la Société de chirurgie, publiée dans le numéro du 10 septembre de la *Gazette des hôpitaux*, j'expose à mes collègues le procédé opératoire que j'ai imaginé.

Enfin, dans les *Annales de thérapeutique et de toxicologie* de Rognetta, tome II, p. 261, numéro d'octobre 1844, après avoir rapporté

l'observation détaillée du malade de la Charité, voici comment s'exprime le rédacteur du journal :

Puisqu'il est impossible, dit-il, de pénétrer dans la vessie par la voie ordinaire, et que, d'une autre part, une sonde introduite par l'hypogastre arrive facilement dans l'urètre, et par suite peut aisément changer la direction de la portion prostatique de ce canal, pourquoi n'essayerait-on pas de pratiquer le cathétérisme par la vessie, en même temps que par la portion pénienne de l'urètre, afin qu'en conduisant les deux instruments à la rencontre l'un de l'autre, la sonde vésicale puisse frayer le chemin à la sonde pénienne? Cette prévision fut couronnée de succès. En se servant de deux sondes en argent, il a été facile de constater la rencontre des deux instruments par leur bec, en les faisant frapper l'un contre l'autre. Or, en poussant l'algalie urétrale en même temps qu'on retire peu à peu, et sans interrompre le contact, la sonde vésicale, on obtient très-facilement l'écoulement de l'urine par la sonde urétrale.

La même manœuvre, répétée avec une sonde urétrale élastique laissée alors en permanence autant que le malade peut la supporter, permet de reconstituer le canal dans sa continuité et dans sa direction.

M. VOILLEMIER fait observer que, dans les cas cités par M. Chassaignac, il s'agit simplement de malades qui ne pouvaient uriner, mais qu'il a eu raison de dire que ce procédé n'avait pas été employé avant lui, pour introduire par la vessie un conducteur, dont on se sert pour rétablir la continuité de l'urètre complétement interrompu.

M. CHASSAIGNAC ne comprend pas en quoi diffèrent les deux procédés.

M. VOILLEMIER répond que la différence consiste dans l'obstruction du canal. Dans un cas, le canal est perméable; dans l'autre, il y a fistule urinaire et oblitération complète de l'urètre au-devant de la fistule.

M. CHASSAIGNAC pense que le fait principal est l'introduction d'une sonde par la vessie, pour retrouver l'urètre; il soutient l'analogie des deux procédés.

M. GIRALDÈS a vu M. Roux mettre en usage ce procédé sur un malade atteint de rétention d'urine. Il fit la ponction vésicale, et introduisit dans la vessie une sonde, avec laquelle il chercha l'orifice de l'urètre, mais l'opération ne réussit pas.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Burgræve, professeur de chirurgie à l'Université de Gand, fait hommage de son mémoire sur les appareils ouatés dans le traitement des fractures.

— M. V. Masson offre à la Société le seul volume de l'annuaire médico-chirurgical des hôpitaux et hospices civils de Paris qui ait été publié.

— M. Verneuil dépose sur le bureau, de la part de M. Périat, une thèse inaugurale sur le bec-de-lièvre. Cette thèse, ajoute-t-il, renferme des documents historiques intéressants sur l'opération du bec-de-lièvre, et de plus l'auteur a traité la question des avantages qu'il y a à pratiquer l'opération chez les enfants nouveau-nés.

M. Démétropoulos adresse sa thèse sur le traitement des fistules vésico-vaginales, vésico-utérines et vésico-utéro-vaginales. M. Richet est chargé d'en rendre compte.

M. le docteur Fabrizi (de Modène) fait hommage de plusieurs mémoires imprimés; l'un sur la rhinoplastie, l'autre sur la médecine opératoire acoustique; le troisième renferme le résumé d'un voyage scientifique fait en Corse pendant les années 1845, 1846, 1847.

M. MARJOLIN dépose ensuite sur le bureau, de la part de M. Fabrizi, plusieurs moules de l'amputation sous-malléolaire, recueillis dans plusieurs hôpitaux de Londres. (Commission, MM. Huguier, Giraldès, Verneuil.)

M. VANZETTI (de Padoue) rapporte deux faits de guérison d'anévrismes poplités par la compression de la fémorale au moyen des doigts.

Après avoir été témoin à Dublin des différents efforts que les chirurgiens de cette capitale faisaient en 1843 pour obtenir la guérison des anévrismes par la compression, j'ai repris en 1844 mon service de clinique chirurgicale à l'université impériale de Kharkoff (Russie). Je me proposais alors de répéter ces essais, afin de pouvoir éviter l'opération sanglante. En 1846, le chirurgien de l'hôpital de la ville, M. Serebriakoff, me fit savoir qu'il avait reçu dans son hospice un militaire atteint d'anévrisme poplité, et me pria de l'opérer. Je conçus dès lors l'idée que, au lieu des moyens mécaniques pour faire la compression du tronc artériel, on pourrait se servir de la main de plusieurs aides qui se succéderaient. Je priai donc M. le docteur Sérébriakoff de faire un essai dans ce sens, et j'instruisis moi-même les

personnes chargées de la compression sur le lieu et la manière dont elles devaient la faire. La compression fut continuée pendant deux jours, mais sans effet, et j'opérai le malade par la ligature.

Sept années plus tard, c'est-à-dire en 1854, je fus appelé par la faculté de médecine de l'université de Padoue à la chaire de clinique chirurgicale de cette université. Peu de temps après l'ouverture des cliniques, j'y reçus un malade qui portait un anévrisme au jarret droit; c'était un maçon d'assez bonne constitution, âgé de trente-six à trente-huit ans. La jambe était assez fortement fléchie; aussi le malade boitait-il beaucoup et ne touchait le sol qu'avec la pointe des doigts. La tumeur anévrismale faisait déjà une saillie très-manifeste au creux poplité : elle était bien circonscrite, compressible. Les pulsations cessaient aussitôt que l'on comprimait l'artère fémorale. En un mot, pas de doute quant au diagnostic.

L'insuccès des essais que j'avais faits en 1846 avec la compression digitale me détermina à faire des tentatives avec un grand nombre de compresseurs, qui tous, après beaucoup de patience de ma part et beaucoup de gêne pour le malade, n'aboutirent à rien. Je fus donc sur le point de procéder à la ligature de l'artère fémorale; pourtant, avant de la pratiquer, je voulus faire un nouvel essai avec la compression digitale. Je pensais que si la première fois elle n'avait pas réussi, elle le pourrait peut-être cette fois-ci, que le malade se trouvait dans ma clinique même, où je pouvais par conséquent mieux diriger, mieux surveiller la compression, et la faire faire par mes élèves, que je n'avais pas à ma disposition lors de mon premier essai, mon premier malade se trouvant à l'hôpital, qui est hors de la ville.

J'ai donc fait pratiquer la compression par plusieurs aides, là où l'artère fémorale va passer au-dessous du muscle couturier : j'ai désigné ce point comme le plus opportun, ne voulant pas que la compression fût faite *au-dessus* de la *fémorale profonde*, qu'il n'était pas nécessaire d'oblitérer, et dont l'oblitération simultanée avec celle de la fémorale superficielle aurait peut-être pu causer la gangrène. Sa compression fut pratiquée avec une force *très-modérée*, cependant suffisante pour rapprocher les parois de l'artère, mais sans gêne pour le malade. L'aide faisait la compression debout ou assis, selon que cela lui était plus commode; tantôt avec une seule main, tantôt venant au secours de la main fatiguée en lui superposant l'autre main, ce qui permet à un seul individu de prolonger de beaucoup la compression avant de se faire remplacer par un autre aide. Après douze heures de compression, je crus remarquer une diminution considérable dans

les mouvements d'expansion et de contraction de la tumeur. La compression fut continuée pendant la nuit, et le lendemain les pulsations de la tumeur étant devenues encore plus obscures, je fis continuer la compression toute la journée et toute la nuit suivante. Elle dura donc deux jours et deux nuits, époque à laquelle aucune pulsation, aucun bruit ne se faisant plus entendre, je la fis cesser.

Le malade depuis n'eut rien à souffrir. La tumeur du jarret disparut peu à peu. Je l'ai examinée plusieurs fois à différentes époques pour constater sa diminution progressive; la jambe se redressa au fur et à mesure que la tumeur disparaissait. Maintenant cet homme marche sans boiter et sans éprouver aucune gêne dans les mouvements de l'articulation du genou, et il coutinue à faire son métier de maçon. Je l'ai rencontré quelques jours avant de quitter Padoue.

Une année plus tard, c'est-à-dire en 1855, un officier du régiment des chasseurs en garnison à Vicence vint me consulter pour un anévrisme de l'artère poplitée du membre inférieur droit. C'était pendant les vacances, époque par conséquent où je ne pouvais le recevoir à la clinique. Je fis connaître à ce malade (jeune homme fort instruit, âgé d'environ vingt-sept ans) que j'avais quelque espoir de pouvoir le guérir sans opération, sans application d'appareils, sans douleurs et même sans gêne, en faisant faire seulement une compression modérée par des aides à la partie supérieure de sa cuisse : je lui indiquai l'endroit, je lui expliquai les effets que cette compression devait amener; je l'engageai à se faire cette compression lui-même pendant les vingt jours qui restaient jusqu'à l'époque où la clinique allait être ouverte. Comme ce jeune homme était fort intelligent, il suivit mes conseils : il se présenta de nouveau à moi comme il avait été convenu; la tumeur anévrismale me parut plus petite qu'auparavant; elle était un peu moins grande, un peu moins saillante que la tumeur du maçon dont j'ai parlé plus haut. Je confiai la compression de l'artère fémorale superficielle à six de mes meilleurs élèves, qui devaient se succéder et noter le temps pendant lequel chacun aurait pu continuer la compression.

Elle fut commencée à midi; à six heures du soir, je me rendis à la clinique pour visiter mon malade et pour m'assurer de l'exactitude avec laquelle mes élèves rempliraient mes ordres. Je trouvai mon malade plongé dans un profond sommeil : aucun des élèves n'était auprès de lui!

Le lendemain, j'appris que la compression avait été faite avec la plus scrupuleuse exactitude et si bien qu'à quatre heures du soir la

tumeur anévrismale ne présentait aucun mouvement, et qu'on n'entendait aucun bruit ; c'était pour ces motifs que la compression n'avait été continuée que jusqu'à cinq heures.

Ce militaire resta à la clinique un mois encore. Après plusieurs mois, il vint nous voir, comme nous l'en avions prié. Il n'y avait pas de claudication, et les mouvements de la jambe étaient libres ; de plus, la tumeur anévrismale était convertie en un noyau solide de la grosseur d'une noisette.

J'aurai l'honneur de faire parvenir à la Société de chirurgie une histoire aussi exacte que possible de ces deux malades.

M. CHASSAIGNAC demande dans quel point on a fait la compression.

M. VANZETTI répond qu'elle a été faite vers le tiers moyen de la cuisse, dans le lieu que l'on choisit d'ordinaire pour la ligature.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL communique, au nom de M. Michaux (de Louvain), deux cas d'anévrismes traités par la compression.

L. LABORIE.

Séance du 7 octobre 1857.

Présidence de M. BOUVIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A son occasion, M. MARJOLIN prend la parole en ces termes :

Plusieurs opinions ont été émises sur l'enfant que je vous ai présenté il y a huit jours. On a surtout paru hésiter entre un lipome et un kyste. Pour moi, j'avais de la tendance à admettre un lipome, et pourtant la fluctuation, la possibilité de rapprocher les parois de la poche, comme M. Morel l'a surtout conseillé, me faisaient penser qu'il pouvait bien y avoir du liquide. Le lendemain, j'ai fait une ponction avec un instrument très-fin : aussitôt il s'est échappé un jet de sang rouge ; l'enfant en a ainsi perdu 40 grammes, qui se sont promptement coagulés. Au bout d'une heure la tumeur était plus volumineuse, plus dure, et elle conserve encore aujourd'hui ces caractères. A part cela, nul accident.

J'avoue mon embarras et je demande instamment l'avis de la Société. Dois-je faire une injection avec le perchlorure de fer ? Quelle quantité de perchlorure ? Doit-il être pur ou étendu d'eau ? Mais je redoute des accidents, bien que je sois tenté par les succès obtenus dans

la cure des varices et des tumeurs érectiles. Ces kystes sanguins comptent déjà plusieurs résultats funestes. M. Fabrizi me rapportait deux faits dont il a été témoin, tous les deux ayant pour siége l'aisselle. Dans l'un, on tente l'extirpation : le malade expire dans les vingt-quatre heures. Dans l'autre, M. Prescott Hewet ouvre le sac et le bourre de charpie. Ce dernier opéré a fini par guérir. M. Marjolin termine en rappelant quelques faits de M. Seutin.

M. CHASSAIGNAC. D'après ce que vient de dire M. Marjolin, la tumeur ne devait point être transparente, et j'ai cru la voir telle mercredi dernier. Mais il peut se faire que le sang qui s'est écoulé résulte de l'opération elle-même. Du reste, j'ai dit que c'était un kyste, et c'en était un réellement. J'ajoute que je me suis assuré que l'os de la mâchoire est intéressé. Je n'ai pas d'opinion arrêtée sur le traitement.

M. HUGUIER. Malgré ce qui a été fait, je crois qu'il serait prudent de renouveler une ponction avec un petit trocart explorateur. Cette tumeur pourrait être une vaste dilatation de la veine faciale. En effet, j'ai vu une fois une dilatation de la veine faciale près de la lèvre, et cette dilatation égalait au moins une noix en grosseur. Une jeune fille de dix-huit ans, que je vous ai présentée ici, offrait une phlébectasie semblable de la céphalique au bord antérieur du deltoïde. J'ai ponctionné cette tumeur, qui laissa échapper un jet de sang veineux. Je n'ai rien tenté de radical et j'ai perdu la malade de vue.

Si M. Marjolin avait affaire ici à une dilatation veineuse, le perchlorure exposerait aux plus grands dangers. Même, s'il s'agit d'une poche, je redouterais le perchlorure, quelque dilué qu'il fût.

M. GIRALDÈS. M. Seutin, que citait tout à l'heure M. Marjolin, n'a parlé que des tumeurs de la thyroïde. Je crois que l'affection dont il s'agit ici est de celles qu'a le premier fait connaître M. Hawkins. C'est le produit de la dilatation des veines du cou, que cette espèce de kyste sanguin soit isolé ou qu'il communique avec le reste du système sanguin. Ceci étant, je ferais une ponction avec un trocart explorateur, et je n'hésiterais pas à faire une injection de perchlorure de fer à 30°. Sans doute il faudrait s'attendre à ce que la tumeur doublât, triplât de volume dès le lendemain ; mais au bout de quelques jours la résolution commencerait. Le perchlorure dilué devrait être rejeté. J'ai pu m'assurer souvent que, trop affaibli, le perchlorure ne coagule plus le sang.

M. RICHET. M. Marjolin m'a demandé mon avis sur l'emploi du perchlorure, et je suis bien éloigné de le lui conseiller. En ce moment, non sur des poches sanguines il est vrai, mais sur des abcès froids,

j'essaye des injections de perchlorure, imitant en cela un chirurgien de Versailles ; je suis bien décidé à y renoncer. L'inflammation déterminée par ces injections est terrible, et mes opérés, sains et saufs du reste actuellement, ont couru de sérieux dangers.

M. HUGUIER. Le perchlorure n'est pas si innocent que le pense M. Giraldès. M. Broca, dans un service intérimaire à l'hôpital Beaujon, a opéré trois malades de varices par l'injection de trois gouttes de perchlorure de fer. Je sais que l'un d'eux fut pris d'une phlébite qui remonta jusqu'à l'aine.

M. GIRALDÈS. Des injections de perchlorure ont été faites dans les veines un grand nombre de fois. Pour ma part, j'ai ainsi injecté des veines des membres, des kystes sanguins de la face et du cou : je n'ai jamais eu d'accident. Il faut savoir si le malade, qui a eu à la suite une phlébite étendue, n'a pas commis l'imprudence de se lever, de marcher. Quant à ce que nous a rapporté M. Richet, on a le droit d'attendre des accidents dans l'emploi du perchlorure pour les abcès et les ophthalmies ; mais ceci est en dehors de la question que nous traitons en ce moment.

M. BOINET. Une fois, j'avais affaire à une tumeur de l'ovaire. Après avoir vidé l'ascite qui l'accompagnait, je ponctionnai le kyste : il en sortit un demi-litre de sang rutilant à pleine canule ; j'étais fort embarrassé. J'imaginai pourtant de pousser de la teinture d'iode, et l'hémorrhagie s'arrêta ; au bout de dix minutes, je retirai la canule. Les choses se passèrent bien. Aujourd'hui cette dame, à laquelle je m'intéressais extrêmement, car elle est parente de M. Brongniart, ne conserve dans l'abdomen qu'une petite tumeur dure et stationnaire du volume d'un œuf. La conclusion du fait que je viens de citer est que je serais disposé à injecter de l'iode chez l'enfant de M. Marjolin.

M. ROBERT. M. Huguier a parlé de quelques malades opérés dans mon service par M. Broca. J'en ai trouvé cinq. Sur quatre, tout s'est passé très-simplement. Le cinquième, à la suite d'une phlébite de la saphène, a vu se développer six abcès sur le trajet de la veine, que je lui ai successivement ouverts. Aujourd'hui, il va bien.

Je vois que plusieurs de nos collègues redoutent le perchlorure sur certaines tumeurs veineuses. Je suis en ce moment à me demander si je puis l'employer chez un malade dont l'histoire est fort curieuse. C'est un homme de soixante-deux ans, récemment admis à Beaujon, qui présente le pavillon de l'oreille envahi par un énorme nævus, ou plutôt un anévrisme cirsoïde. Je suis cet homme depuis 1819. Il figure

dans mon mémoire à l'Académie sur les dilatations artérielles du crâne.

En 1818, Dupuytren lui lia la carotide droite. Cette opération ne diminua que peu la tumeur, mais la rendit à peu près stationnaire. Mais depuis 1848 le mal a augmenté, des hémorrhagies graves se sont manifestées. Tout dernièrement l'état est devenu très-grave, et c'est alors que j'ai pu déterminer le malade à entrer dans mes salles. Un appareil compressif s'oppose en ce moment à toute perte de sang. Mais il faudra bien enlever cet appareil. Et alors aurai-je recours au perchlorure, ou lierai-je la carotide du côté opposé ? J'ai fait la ligature des deux carotides à distance chez une jeune fille offrant une affection semblable. Pendant dix-huit mois la tumeur resta stationnaire. La malade se maria et succomba à la suite d'une couche.

CORRESPONDANCE.

M. Ancelet (de Wailly-sur-Aisne) adresse un travail sur les luxations traumatiques des deux premières pièces du sternum. (Commission, MM. Huguier, Houel, Jarjavay.)

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

De l'étranglement herniaire; moyen de le faire cesser sans recourir à l'opération sanglante, par M. Seutin.

Sur la compression temporaire de l'aorte ventrale dans les cas de métrorrhagie grave suite de couches, par M. Seutin.

Mémoire et observations sur le kyste du cou, par M. Seutin.

Nouvelle comparaison des membres pelviens et thoraciques chez l'homme et les mammifères, déduite de la torsion de l'humérus, par le docteur Ch. Martins.

De l'amputation tibio-tarsienne, thèse inaugurale adressée pour le prix Duval, par M. Ch. Barthélemy.

De la cure radicale des rétrécissements de l'urètre, par le docteur Debeney. (M. Guérin est chargé de rendre compte de ce travail.)

Des remercîments sont adressés aux auteurs de ces envois.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. GUERSANT présente un jeune enfant affecté de syndactylie complète des mains et des pieds.

M. GIRALDÈS. M. Guersant me paraît disposé à ne rien faire; je crois que chez cet enfant le pouce au moins serait facile à isoler.

M. GUERSANT. Je crois qu'en effet la chirurgie pourra être utile en ce cas; mais il faut attendre plusieurs semaines que les chances de vie

deviennent plus sérieuses. En ce moment, il y aurait danger et inutilité à agir.

— M. RICHET présente un malade qui, à la suite d'une fracture de la base du crâne actuellement guérie, offre, outre une surdité très-prononcée, une titubation particulière des membres inférieurs, surtout marquée le soir.

M. HOUEL demande à M. Richet, comme l'existence de la fracture que porte son malade n'est établie que par l'observation clinique, s'il lui serait possible de préciser d'une manière exacte le point du crâne sur lequel a porté la violence. Ce n'est point pour contester la fracture que M. Houel demande ce renseignement; mais comme le rocher peut se briser dans deux directions essentiellement différentes, et que le siége de la violence lui paraît exercer une grande influence sur cette direction, on pourrait avoir alors une notion exacte de la variété de fracture qui existe chez ce malade, et savoir si elle concorde avec celle dans laquelle on a observé jusqu'à présent l'écoulement de sérosité le plus abondant.

M. Houel, admettant avec M. Aran que les fractures de la base du crâne sont presque toujours des extensions des fractures linéaires de la voûte, a observé, et M. Bauchet a expérimenté sur le cadavre, que si la violence a porté dans la région temporale en avant du conduit auditif interne, c'est une fracture parallèle à l'axe du rocher qu'on observe. Si, au contraire, la violence porte en arrière de l'oreille sur l'occipital, la fracture est perpendiculaire à l'axe du rocher. Dans les faits nombreux et avec autopsies que M. Houel a examinés, il n'a point encore trouvé d'exceptions à cette règle.

Sur une pièce existant au Musée Dupuytren et venant de l'ancienne Académie de chirurgie, sur laquelle la fracture siége au niveau du conduit auditif interne et est perpendiculaire à l'axe du rocher, n'ayant aucun renseignement sur le siége de la chute, M. Houel a été assez heureux pour le constater sur la bosse occipitale du côté opposé au rocher fracturé. Il y est inscrit en lettres irrécusables. On trouve, en effet, au niveau de ce point l'os ecchymosé, criblé de trous; en un mot, tous les caractères attribués à l'ostéite; et de ce point part une fissure linéaire qui coupe obliquement le trou occipital, qu'elle traverse pour aller détacher le sommet de l'apophyse située du côté opposé.

Si ces faits sont exacts, on comprend donc qu'il serait important, sur le malade de M. Richet, de chercher à établir d'une manière précise

le siége de la violence pour avoir une idée de la direction de la fracture.

M. RICHET. Comme il n'y a pas eu de plaie sur le crâne, nous sommes forcé de nous en rapporter au dire du malade. Par conséquent, nous ne pouvons rien préciser.

M. AD. RICHARD cite trois malades, dont un présenté à la Société, et qui, à la suite de fractures de la base du crâne, ont offert, l'un une hémiplégie persistante, les deux autres une sorte d'idiotisme qui les empêche de se livrer à aucun travail.

M. GIRALDÈS. Peut-il y avoir écoulement de sérosité par l'oreille sans fracture? Vous savez que M. Prescott Hewet présenta une pièce qui répond par l'affirmative à cette question. De plus, le même chirurgien annonce qu'il a présenté plusieurs autres pièces qui confirment la première. Un écoulement séreux par l'oreille ne peut donc faire affirmer l'existence d'une fracture du rocher.

Explosion d'un appareil à eau de Seltz. — M. VERNEUIL présente les débris d'un appareil qui a éclaté en sa présence. Cet appareil, qui servait à préparer l'eau de Seltz dans une des salles de l'Hôtel-Dieu, avait été chargé par la domestique des internes de cet hôpital avec les substances ordinaires employées à la dose ordinaire. Cette femme a depuis très-longtemps l'habitude de faire cette préparation.

L'appareil fut apporté à la salle de garde et placé par un hasard heureux sur une table à l'écart; il était chargé depuis trois quarts d'heure environ. La température était moyenne, la fenêtre ouverte. Aucune cause accidentelle ne peut être invoquée. Soudain une explosion, qu'on peut comparer à celle d'un fusil de munition fortement chargé, se fait entendre; le ballon inférieur venait d'éclater. Le ballon supérieur n'avait pas été projeté, il s'affaissa par son propre poids sur les débris, mais resta entier.

Le ballon inférieur fut brisé en un grand nombre de fragments, dont sept ou huit de grandes dimensions et une foule de débris plus petits, qui furent projetés dans diverses directions. Un morceau de verre irrégulièrement quadrilatère, ayant au moins 4 centimètres de côté, fut lancé à plus de 3 mètres de distance.

La violence qui fit rompre le verre était si grande, que la partie plane du ballon, reposant sur le piédestal de porcelaine, fut brisée comminutivement et comme broyée.

Le grillage de jonc qui entourait le ballon n'a pas été déchiré de haut en bas; il a été seulement arraché à son insertion inférieure.

L'examen des pièces solides de l'appareil a été fait avec soin. Une seule circonstance a été remarquée. La tige creuse centrale mobile, qui fait communiquer les deux ballons, est composée de deux pièces qui sont unies par un pas de vis. Or ce pas de vis n'était pas serré complétement et les deux pièces ballottaient l'une sur l'autre. Les petits pertuis qui servent à conduire le gaz dans le ballon supérieur sont tout à fait libres.

Le secrétaire de la Société, AD. RICHARD.

Séance du 14 octobre 1857.

Présidence de M. BOUVIER.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

A l'occasion de la communication faite par M. Verneuil sur un appareil à eau de Seltz qui s'est brisé à l'Hôtel-Dieu, M. MOREL-LAVALLÉE, qui a engagé, dit-il, le premier cette grave question devant la Société, est heureux de lui apprendre que, grâce aux efforts de certains fabricants, on semble être parvenu à confectionner des appareils à l'abri de tout danger d'explosion. M. Morel cite des expériences qu'il a faites et qui tendent à lui faire espérer que ce problème est enfin résolu. Voici en quoi ont consisté ces expériences :

J'ai fait placer dans un cabinet trente appareils qui avaient reçu une charge triple, quadruple et même quintuple ; j'ai mis les scellés sur la porte. J'ai accordé vingt-quatre heures à l'explosion. Au bout de ce temps je les ai examinés, aucun ne s'était brisé, et le manomètre dont l'un d'eux est muni marquait quatorze atmosphères et demie. Avec une simple charge, l'instrument oscille entre cinq et six atmosphères. La pression a été telle que dans quelques-uns des appareils l'anneau en caoutchouc, placé entre les goulots des deux ballons et serré par une virole en écrou, a été repoussé au dehors par le liquide qui s'est échappé par là comme par une soupape de sûreté.

Cette expérience mettait bien en évidence la résistance du verre, mais ne pouvait rien dire de celle du clissage. Il était impossible d'aller au delà de cinq fois la charge ; l'appareil n'eût plus contenu assez d'eau pour dissoudre les réactifs. Nous avons été obligé de recourir à

d'anciens ballons entourés du nouveau clissage sous une charge quintuple : deux ont éclaté, mais se sont simplement fendus, et le rotin est resté intact, de façon à emprisonner tous les fragments.

— M. VERNEUIL, à propos des kystes sanguins du cou qui ont occupé la Société dans sa dernière séance, dit qu'on consultera avec fruit sur ce point un intéressant travail de M. Dolbeau, prosecteur de la Faculté, sur la *grenouillette sanguine.* Cinq observations s'y trouvent rapportées.

Ces grenouillettes sanguines sont formées ou par rupture d'une paroi veineuse et à la suite épanchement de sang, ou bien par oblitération des veines dans certains points, destruction des parois contiguës dans les portions restées libres, d'où formation d'une cavité, ou bien enfin dilatation veineuse.

Cette affection est congénitale; sa marche est lente; elle est très-susceptible de s'enflammer. Elle peut se transformer en un kyste sanguin bien isolé.

Le traitement doit être purement palliatif.

M. CHASSAIGNAC. M. Robert est assez disposé à lier la carotide gauche chez son malade.

Dans mon opinion, les ligatures d'artères à distance sont jugées par la pratique, il n'y a rien à en attendre. Tout au plus on pourrait espérer y trouver un auxiliaire pour agir directement sur la tumeur, ce qui doit être le vrai but.

M. GOSSELIN. Je recommande à la Société une précaution utile dans l'emploi du perchlorure de fer pour suspendre les hémorrhagies artérielles. Deux fois j'ai eu à parer à des hémorrhagies graves de la cuisse, entretenues, sinon par la crurale elle-même, au moins par une division primaire de la fémorale profonde. J'y ai remédié en appliquant dans le fond de la plaie le perchlorure et tamponnant par-dessus, mais avec la précaution de comprimer la crurale pendant quelques minutes. Si je cessais la compression, les caillots étaient entraînés. Et j'établis cette compression comme la règle dans des cas pareils.

M. ROBERT. Je pense, comme M. Chassaignac, que les ligatures du tronc principal, et les ligatures faites des deux côtés à distance, sont incapables de guérir les tumeurs artérielles qui nous occupent. Mais elles ont leur degré d'utilité. La ligature faite en 1818 chez mon malade par Dupuytren n'a pas guéri : elle a ralenti le mal. Voilà près de quarante ans que cette opération lui a été pratiquée, et je crois qu'il est permis de dire que sans elle il serait mort depuis longtemps. Or en

ce moment il est facile de s'assurer que rien ne vient de la partie latérale droite du cou ; toute la tumeur est alimentée par les artères dilatées du cuir chevelu du côté gauche.

En comprimant la carotide gauche, on éteint presque entièrement les battements de la tumeur, et c'est par cette compression de la carotide gauche qu'on arrête les hémorrhagies. Tout cela me fait comprendre de quelle utilité la ligature de la carotide gauche pourrait être à cet homme. Mais je reconnais qu'il s'agit d'une opération sérieuse, dont pourtant il ne faut pas exagérer la gravité. La carotide gauche est très-dilatée, et dans ces cas, suivant M. Breschet, la tunique moyenne s'amincit ou disparaît entièrement; le fil ne couperait-il pas trop vite le vaisseau?

Quoi qu'il en soit, j'adresse la demande formelle à la Société :

Faut-il, chez mon malade, lier la carotide gauche ?

Le vaisseau une fois lié, quel moyen direct employer sur la tumeur ?

M. HUGUIER. Si on ne fait rien à ce malade, il mourra avant peu. Je crois que vous ne pourrez lui sauver, ou au moins lui prolonger la vie, qu'en liant la carotide. De tous les points possibles, des artères arrivent à la tumeur, et je ne vois rien à faire localement. Si vous y touchez avec le perchlorure, vous aurez une eschare qui se détachera, et à la suite une hémorrhagie. Car il faut bien remarquer que le perchlorure ne se comporte pas sur les tumeurs artérielles comme sur les veines.

M. GIRALDÈS. D'après le tableau de M. Robert, son malade est aussi mal que possible. Il s'agit de l'empêcher de mourir, et de mourir de quoi ? d'hémorrhagie. Or, si vous connaissez un hémostatique plus puissant que le perchlorure, employez-le. Sinon, ayez recours au perchlorure. M. Huguier nous parle d'eschares à la suite de l'application de ce sel. Je ne dis pas qu'il n'y ait quelquefois mortification ; mais ce qui tombe, et que vous appelez eschare, n'en est pas une. Le perchlorure forme un bouchon qui s'enkyste et qui persiste.

M. BROCA. J'appuie le conseil de M. Giraldès. Je crois qu'il y a lieu de recourir aux injections coagulantes. Bien que je ne connaisse pas l'état local, je ne doute pas que l'injection ne soit facile ; et puis, il n'y a pas de choix, car je me demande quelle action la méthode d'Anel peut avoir sur l'anévrisme cirsoïde. La pratique a répondu : la ligature de la carotide n'a jamais guéri de semblable tumeur, et pour un palliatif, et un palliatif douteux, c'est une opération bien grave. En effet, je suis bien aise de dire à la Société que la gravité de la ligature

de la carotide n'est pas celle qui ressort du tableau dressé par M. Velpeau. Il y a eu une erreur involontaire dans la statistique de ce professeur ; il y a 14 cas de succès, dus à un chirurgien américain, qu'il faut rayer, car jamais on n'en a entendu parler en Amérique.

La méthode des injections coagulantes est, au contraire, faite exprès pour l'anévrisme cirsoïde. M. Huguier manifestait quelques craintes sur le nombre des piqûres à faire. Mais vous en ferez trois ou quatre par jour sans inconvénient.

M. HUGUIER. Je persiste à penser que la ligature de la carotide pourrait suffire pour amener la guérison des ulcérations et prévenir les hémorrhagies. Ainsi le malade vivrait, et l'on verrait plus tard. Je puis affirmer à M. Giraldès que j'ai assez souvent manié le perchlorure pour savoir de quelle façon il agit. Je sais, parce que je l'ai vu, qu'il y a souvent gangrène à sa suite. M. Giraldès ajoute que le caillot, le bouchon ne se résorbe jamais ; mais qu'il attende encore quelque temps pour pouvoir se prononcer ainsi à coup sûr.

M. VERNEUIL. Si la première ligature a amendé la maladie pendant quarante ans, il est incontestable qu'une seconde ligature peut faire de même. Où ferait-on les injections ? Dans la masse érectile ou dans les branches afférentes? Un trocart pénètre assez bien dans une veine gonflée. Mais dans une artère, sous le cuir chevelu, l'opération ne me semble pas facile. De plus, l'impulsion artérielle ne peut-elle pas ébranler les caillots? Depuis que les chirurgiens lyonnais ont insisté sur la propriété hémostatique du chlorure de zinc, si bien que M. Bonnet a osé attaquer et a guéri un anévrisme de la sous-clavière par ce moyen, je me demande si dans le cas actuel il ne conviendrait pas.

M. GIRALDÈS. La discussion manque de base ; il faudrait voir le malade. M. Verneuil craint que l'ondée sanguine ne pousse, ne refoule le magma coagulé. Mais dans la carotide du cheval, le caillot supporte le choc du cœur sans se déplacer.

M. GUERSANT insiste sur les conditions plus favorables chez cet homme pour une ligature d'artères, parce qu'il en a déjà subi une. Il rappelle le pronostic favorable des opérations doublées.

M. VOILLEMIER. Je repousse la ligature de la carotide comme infiniment dangereuse et inutile. J'ai beaucoup employé le perchlorure, et je dis qu'il réussit toujours dans les hémorrhagies et dans les varices. Mais dans les tumeurs érectiles, vous avez toujours un abcès et l'imminence d'une hémorrhagie tardive ; à plus forte raison auriez-vous cet inconvénient pour cette tumeur artérielle.

M. Voillemier termine en recommandant dans ce cas la pâte de zinc.

M. AD. RICHARD parle dans le même sens.

M. CHASSAIGNAC rappelle son mémoire sur les injections de perchlorure de fer dans les veines variqueuses (*Gazette hebdomad.*, 24 mars 1854). Il cite une opération de tumeur érectile du ventre chez un enfant; il y eut eschare et hémorrhagie.

PRÉSENTATION.

M. VOILLEMIER présente un polype naso-pharyngien enlevé chez un enfant déjà opéré par M. Guersant.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les ouvrages suivants :

Rapport et considérations sur la désarticulation ou l'ablation complète du maxillaire inférieur, par M. Huguier.

De la valeur de quelques agents pour remédier aux accidents suites de l'emploi de l'éthérisation, par M. Plouviez.

Mémoire sur une variété de tumeur sanguine ou grenouillette sanguine, par M. Dolbeau.

De la paralysie musculaire comme cause de la déformation des membres, par le docteur Eulenburg.

— M. le professeur Bouisson (de Montpellier), membre correspondant de la Société, fait hommage du premier volume de son ouvrage intitulé *Tribut à la chirurgie.* Ce premier tome renferme plusieurs mémoires importants sur divers points de pathologie externe.

Des remercîments sont adressés aux auteurs de ces divers envois.

Le secrétaire de la Société, Ad. RICHARD.

Séance du 21 octobre 1857.

Présidence de M. BOUVIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A son occasion, M. ROBERT entretient la Société du malade qui l'occupe depuis deux séances. Bien que tous les membres, dit M. Robert, n'aient pas été d'un avis unanime sur la conduite à tenir, j'ai suivi l'opinion réelle de la Société en pratiquant sur cet homme la ligature de la carotide gauche. Tout s'est bien passé pendant l'opération, et en ce moment, que quarante-huit heures se sont écoulées, tout va

bien. Dès que la ligature a été serrée, la tumeur s'est affaissée et les battements y ont disparu. Toutefois, ce matin, j'ai cru sentir au palper une légère oscillation. L'artère était très-volumineuse. En serrant le fil, je n'ai pas perçu le craquement, indice de la rupture des membranes internes.

Aucun symptôme cérébral ne s'est manifesté. Au contraire, chez la jeune fille à laquelle j'ai pratiqué la ligature de la carotide six mois après la ligature du même vaisseau du côté opposé, au moment où le cours du sang fut interrompu, la face devint pâle, la vue s'obscurcit; mais ces symptômes inquiétants ne durèrent qu'un instant.

M. GIRALDÈS. Je tiens à constater qu'il n'a été fourni devant la Société aucun fait établissant le danger des injections de perchlorure de fer. Quelques faits prouvent au contraire leur innocuité. M. Nélaton a injecté sans accident du perchlorure dans un anévrisme cirsoïde. A Londres, on a été jusqu'à faire cette opération sur une carotide : le malade a vécu trois jours.

M. HUGUIER. J'ai assisté notre collègue. On sait que la striction du fil est souvent accompagnée d'une douleur vive vers le cœur. Ici, il n'y a rien eu de pareil, à cause de la bonne exécution du manuel. L'isolement du vaisseau a été complet et les filets cardiaques épargnés. M. Robert dit n'avoir pas senti le craquement de rupture des membranes, mais il faut remarquer que notre collègue s'est servi d'un fil quadruple. En somme, tout s'est passé avec une régularité parfaite, et le malade n'a pas perdu une cuillerée de sang.

M. MAISONNEUVE. Je puis citer un bel exemple de l'innocuité d'une injection de perchlorure dans une artère. J'ai injecté 20 gouttes de perchlorure dans un anévrisme du tronc brachio-céphalique. Aucun accident ne s'est montré. La tumeur a un peu durci et est restée stationnaire dans son accroissement durant trois semaines. Après cela, ses progrès ont recommencé, et j'ai perdu l'opérée de vue.

CORRESPONDANCE.

M. MONOD dépose sur le bureau un mémoire imprimé sur l'introduction dans le larynx et la trachée de la sonde garnie d'une éponge.

M. LE PRÉSIDENT le charge de rendre compte de ce travail.

— M. Oscar Heyfelder, membre correspondant, adresse un mémoire imprimé sur la résection de la mâchoire supérieure.

M. BROCA est chargé d'en rendre compte.

— M. le docteur Dupierris, membre correspondant, adresse un mémoire imprimé sur la topographie médicale de la Havane.

Des remercîments sont adressés aux auteurs de ces envois.

LECTURE.

— M. MARJOLIN donne lecture de l'analyse de deux observations d'anévrismes traités au moyen de la compression, par M. le professeur Michaux (de Louvain), membre correspondant.

Les anévrismes, comme le fait remarquer notre honorable collègue, sont à bon droit considérés comme des maladies graves, et c'est ce qui a dû engager les chirurgiens à essayer plusieurs méthodes de traitement.

Parmi les moyens qui avaient été jadis mis en usage, il en était un qui était presque complétement abandonné, et auquel on n'avait guère recours que pour favoriser la ligature : c'était la compression ; puis, tout récemment, des faits assez nombreux en ayant de nouveau démontré les avantages, il a été étudié avec beaucoup de soin par plusieurs chirurgiens, notamment par M. Broca ; et d'après les faits qui ont été exposés, on est porté à dire que la ligature ne doit être tentée qu'autant que la compression a échoué.

M. Michaux a pensé qu'en présence des doutes qui peuvent encore exister sur la valeur réelle de cette méthode, il est du devoir de tout chirurgien de communiquer les faits qu'il est à même d'observer dans tous leurs détails, et c'est pour cette raison qu'il vous a adressé deux observations fort intéressantes d'anévrismes pour lesquels il a employé la compression. Ces deux faits étant rapportés jour par jour avec le soin le plus minutieux, je me bornerai, pour ne pas fatiguer votre attention, à vous en donner le résumé le plus complet.

OBS. I. — *Anévrisme spontané de l'artère poplitée droite; compression indirecte partielle et totale double alternatives sans succès; ligature de l'artère crurale ; gangrène non limitée du pied et de la jambe ; amputation de la cuisse ; guérison.*

P..., de Konninck, âgé de quarante ans, veilleur de nuit au chemin de fer de Malines, me fut envoyé le 22 janvier 1856 par le docteur Denis. Cet homme, qui est habituellement d'une bonne santé, a eu autrefois un bubon vénérien dans l'aine droite ; vers le mois de juin 1855, étant alors dans la cavalerie, il s'aperçut qu'il portait dans le creux poplité droit une petite tumeur indolente de la grosseur d'une aveline. Vers le mois de novembre, il remarqua que la flexion pro-

longée de la jambe sur la cuisse déterminait de la douleur, et que depuis il y avait des battements; malgré cela, il continua cependant à monter à cheval.

Vers le milieu de janvier 1856, ayant trébuché fortement en courant, il remarqua que la tumeur avait pris un accroissement considérable ; de plus, la douleur était devenue assez forte pour empêcher la marche. Lorsqu'à cette époque il entra à l'hôpital Saint-Pierre de Louvain, la tumeur du creux poplité avait 6 à 7 centimètres dans son plus grand diamètre longitudinal et 5 dans le transversal; elle était molle, dépressible, sans aucune altération des téguments. Une compression largement faite avec la paume de la main la faisait disparaître; les battements étaient sensibles non-seulement au toucher, mais à la vue. Ils cessaient, et la tumeur diminuait de volume par la compression de l'artère fémorale; l'inverse avait lieu lorsque le cours du sang était intercepté au-dessous de la tumeur. Par le toucher, on percevait un frémissement bien marqué, et par l'auscultation un bruit de râpe coïncidant avec la diastole artérielle.

La circonférence du membre au niveau du point le plus saillant de la tumeur était de 39 centimètres, tandis que celle du membre opposé n'en donnait que 34 à la même hauteur. La marche était gênée, et la tumeur douloureuse surtout lorsque le membre restait quelque temps dans la demi-flexion.

Du reste, l'état général du malade était bon ; les battements du cœur ne présentaient rien d'anormal.

Après avoir bien examiné cet anévrisme spontané, qui n'offrait aucune complication, je pensai que, d'après sa situation, la compression indirecte double alternative pouvait réussir, et en conséquence, le 22 janvier 1856, j'appliquai l'appareil de M. Broca (fig. 39 de son ouvrage), qui m'avait été envoyé par M. Charrière fils. La pelote supérieure comprime l'artère sur la branche horizontale du pubis ; au-dessous des cicatrices du bubon, la pelote inférieure comprime l'artère à son passage dans l'anneau du troisième adducteur. Le malade fut initié à la manœuvre de l'appareil de manière à pouvoir alternativement augmenter ou diminuer la pression, et en même temps soumis à un traitement modéré de Valsalva. Ainsi le premier jour on pratiqua une saignée de 300 grammes, l'alimentation fut diminuée, et à l'intérieur il prit 5 centigrammes de digitale pourprée.

Pendant les sept premiers jours la compression fut assez bien supportée; les battements persistaient, et de plus le pied était devenu douloureux, tuméfié. Aussi, le 5 février, une nouvelle saignée de 240

grammes fut-elle pratiquée, et la dose de la digitale portée à 10 centigrammes. Pendant les jours suivants jusqu'au 15, on vit la tumeur devenir plus dure et les battements diminuer, ainsi que l'œdème et la douleur du membre ; mais dans les jours suivants, ces derniers symptômes augmentèrent à un tel point que le 25 février il fallut cesser la compression, précaution qui n'amena aucun soulagement. A ce moment la peau du genou menaçait de se gangréner, et l'usage de quinze centigrammes d'extrait gommeux d'opium ne pouvait faire cesser l'insomnie.

Au 4 mars, la douleur parut diminuer ; les battements dans la tumeur n'étaient sensibles qu'autant qu'on appuyait fortement sur le sac anévrismal ; sa dureté avait aussi un peu augmenté. La mensuration du membre au niveau de la partie moyenne de la rotule et du point le plus saillant de la tumeur donnait de 47 à 48 centimètres de circonférence.

L'anévrisme paraissant dans des conditions favorables pour essayer la compression directe, un bandage roulé médiocrement serré fut appliqué sur le pied, sur la jambe; des compresses graduées furent placées sur la tumeur et doucement assujetties par des tours de bande. Quarante-huit heures après cet essai, la douleur était devenue tellement insupportable qu'il fallut y renoncer. A dater de cette époque (6 mars), la douleur ne fit qu'augmenter.

Une tache noirâtre et une phlyctène de la grandeur d'une pièce d'un franc, distendue par un liquide brunâtre, se montrèrent à la face postérieure et externe de la tumeur ; la peau du genou devint livide ; les battements restèrent encore sensibles dans la tumeur, qui était indolente ; mais l'état général du malade empira, il tomba dans une grande prostration. L'usage de l'opium et de la digitale fut suspendu ; on administra du bouillon, de bons aliments, et par mesure de précaution, en cas d'ouverture du sac, le tourniquet de J. L. Petit fut appliqué sur le trajet de l'artère crurale.

Du 8 au 29 mars, l'état général parut s'améliorer, la gangrène resta stationnaire, mais la tumeur augmenta de volume, et la circonférence du membre à son niveau atteignit 50 centimètres. Jusqu'au 15 avril, aucun changement : à cette époque, le jury d'examen siégeant à Louvain, M. Michaux pria nos collègues MM. Burggraëve et Soupart d'examiner le malade ; tous les deux ayant émis l'avis qu'il fallait tenter la ligature, elle fut pratiquée le 19 au lieu d'élection, au sommet du triangle dont la base est formée par l'arcade crurale et les côtés par les muscles couturier et moyen adducteur ; seulement deux

ligatures distantes l'une de l'autre de deux à trois centimètres furent placées sur l'artère, et la section du vaisseau fut opérée dans cet intervalle. Jusqu'au 25, à part un peu de diminution dans le volume du membre et quelques petites taches bleuâtres éparses sur le pied, rien à noter.

Le 25, à la levée du premier appareil, la suppuration est bien établie, mais le pus fuse le long de l'artère dans la gaîne aponévrotique du couturier. Une contre-ouverture est faite, et un séton filiforme laissé à demeure. A cette époque, il n'y avait pas de battements dans la tumeur, et on ne sentait ni l'artère pédieuse ni l'artère tibiale postérieure ; l'état général s'était amendé. Mais le 27, le pied et la jambe reprirent le volume qu'ils avaient avant l'opération, la chaleur et la sensibilité disparurent, et des taches livides gangréneuses se manifestèrent : deux incisions, l'une faite au dos du pied, l'autre à la partie postérieure de la jambe, amenèrent un peu de dégorgement, mais la gangrène continua à faire de tels progrès, et l'état général devint si mauvais, que M. Michaux pensa qu'il ne restait d'autre ressource que l'amputation pour sauver le malade.

La cuisse fut amputée le 3 mai à la partie moyenne, un peu au-dessous de la ligature. M. Michaux suivit de préférence le procédé circulaire, pour éviter la moindre perte de sang possible. Le chloroforme ne fut pas employé, vu l'excessive faiblesse du malade. L'artère principale ne dut pas être liée, l'amputation ayant été pratiquée au-dessous de la ligature. Comme suites de l'opération, je dirai qu'elles furent très-heureuses, à part un peu de diphthérite sur la plaie ; bientôt l'état général s'améliora, et la guérison fut assez rapide.

Les détails anatomo-pathologiques du sac anévrismal étant trop importants à connaître, je citerai ici textuellement l'observation de M. Michaux.

« Le membre est infiltré et présente un développement insolite des veines superficielles. Le dos du pied et la partie inférieure de la jambe sont recouverts de larges plaques gangréneuses ; sur ces parties, on voit les incisions qui ont été faites pour dégager les tissus. La jambe ne peut plus être mise en extension sur la cuisse. L'eschare qui surmonte la tumeur sur sa face postéro-externe a 15 millimètres de diamètre environ ; elle s'est détachée en partie, quoiqu'il n'y ait point d'inflammation suppurative ; son décollement a laissé suinter quelques gouttes d'un sang noir altéré. Cette eschare intéresse la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose, et en partie les parois du sac anévrismal, mais pas dans toute leur épaisseur.

» En arrivant sur la tumeur, on rencontre les deux branches terminales du grand nerf sciatique ; elles sont tendues sur la poche anévrismale et légèrement aplaties.

» La veine poplitée, déviée de sa direction normale, est couchée dans un sillon qu'elle s'est creusé sur la face superficielle du sac. Ce dernier ouvert laisse voir son intérieur rempli d'un sang noir coagulé ; des caillots fibrineux peu épais et peu consistants sont adhérents à sa face interne.

» Ce sang et ces caillots étant extraits et une sonde introduite par le bout supérieur de l'artère, on reconnaît que l'ouverture de communication est vers la limite supérieure du sac et à l'union de ses deux faces antérieure et interne. Cette ouverture occupe à peu près le point milieu de l'artère poplitée ; elle a une forme elliptique ; c'est comme si l'on avait emporté les deux tiers de la circonférence de l'artère sur une étendue de deux centimètres. Près de cette ouverture, le sac forme une petite poche supplémentaire du volume d'une grosse noix, et qui est séparée du sac principal par un bourrelet laissant une ouverture de 15 millimètres à 2 centimètres de diamètre.

» L'artère se trouve sur le côté antéro-interne du sac. Celui-ci présentait avant son ouverture les mêmes dimensions qu'on lui avait reconnues pendant le cours de la maladie, c'est-à-dire 7 centimètres environ de diamètre vertical sur 5,6 transversalement. L'épaisseur des parois du sac est de 10 à 12 millimètres. Près de l'escbare, les parois sont amincies ; elles n'offrent que 4 à 5 millimètres d'épaisseur. »

Dans la deuxième observation il s'agit d'un anévrisme spontané au tiers supérieur de l'artère crurale gauche. La compression indirecte partielle intermittente ayant été employée, la peau se gangrena au point comprimé. La compression digitale fut alors substituée pendant quarante-huit heures, et la guérison fut obtenue.

P. J. Boulard, âgé de cinquante ans, cultivateur à Wodecq, d'une bonne constitution, entra le 27 novembre 1856 à l'hôpital. A part quelques antécédents de maladie qui ne semblent avoir aucun rapport avec l'affection qui nous occupe, il avait toujours joui d'une bonne santé ; seulement, à partir de 1851, quelques douleurs, d'apparence rhumatismale, se fixèrent sur la cuisse gauche et prirent quelquefois assez d'intensité pour obliger le malade à garder le repos. En 1856, ces douleurs devinrent encore plus vives ; elles se fixèrent d'abord dans la jambe gauche, et au mois d'août envahirent la cuisse. A ce moment Boulard, en faisant des fomentations froides sur le membre douloureux, s'aperçut qu'il portait une tumeur à la partie antérieure et interne de la

cuisse, et qu'il y avait des battements. Dans les deux mois suivants le volume resta le même; mais au mois de novembre il augmenta sensiblement. Ce fut à cette époque que M. le docteur Cambier (de Forest) l'adressa à M. Michaux. Lorsque notre collègue examina le malade, il boitait en marchant et se tenait un peu courbé; dans la région précédemment indiquée, à 6 centimètres de l'arcade crurale, en suivant le trajet de l'artère, on remarquait une tumeur de forme ellipsoïde, dont le diamètre transversal avait 14 centimètres, et le vertical 11. Les signes observés ne laissaient aucun doute sur la nature de la maladie. Si l'on comprimait l'artère crurale sur la branche horizontale du pubis, de manière à suspendre la circulation, on voyait le volume de la tumeur diminuer; on pouvait même encore la réduire beaucoup, si on la comprimait avec la main. La circonférence du membre, prise au niveau de la partie la plus saillante de la tumeur, était de 52 centimètres, tandis que celle du membre sain n'était au même niveau que de 42.

L'appareil circulatoire offrait de nombreux phénomènes morbides; la région précordiale présentait une légère exagération de la voussure normale; les battements du cœur étaient forts et s'entendaient plus bas que dans l'état normal; la percussion dénotait de la matité depuis la quatrième côte jusqu'à la septième; à l'auscultation on percevait un bruit de souffle à chaque temps; au niveau de la crosse de l'aorte il existait un bruit de râpe très-intense, ayant son maximum d'intensité au niveau de l'articulation sterno-claviculaire; des deux côtés ce bruit se prolongeait jusque dans l'artère carotide droite et les artères axillaires. L'artère carotide primitive droite présentait des battements très-sensibles à la vue; elle était comme anévrismatique dans toute son étendue, et au niveau de la division en carotide interne et en carotide externe, les doigts rencontraient une tumeur à battements expansifs et du volume d'une petite noix.

Malgré des recherches réitérées, je n'ai point trouvé, dit M. Michaux, d'artère carotide primitive gauche; une petite artère bat derrière les insertions inférieures du muscle sterno-cléido-mastoïdien, mais on ne la retrouve plus à la partie moyenne du cou. Au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, on sent battre une deuxième artère, qui semble venir de derrière le larynx pour remplacer la carotide externe gauche; mais elle est si peu développée que ses pulsations, sensibles au-devant du conduit auditif externe, ne se retrouvent plus à l'endroit où devraient se rencontrer les divisions de l'artère temporale superficielle. Il n'y a pas de pulsations sur le trajet ordinaire de l'artère faciale gauche.

Un bruit de souffle assez rude règne sur toute la longueur de l'aorte descendante, dans les artères iliaques primitives et externes, et jusque dans les artères crurales. L'aorte abdominale est le siége de pulsations énergiques.

Il est évident, d'après tous ces symptômes, qu'il existe des lésions profondes et étendues non-seulement dans le cœur, mais dans tout le système artériel, lésions consistant, selon toute apparence, dans une dégénérescence athéromateuse ou cartilagineuse des tuniques interne et moyenne de ce système.

L'appétit est peu prononcé, la soif modérée, les digestions lentes et difficiles, les selles régulières. Les autres appareils fonctionnent régulièrement et ne présentent rien à noter.

Quoique la compression n'eût pas réussi chez de Tonninck, j'avais des motifs pour la tenter ici. En effet, si j'avais donné la préférence à la ligature, j'aurais dû faire celle de l'artère iliaque externe; or cette opération, toujours grave dans les circonstances ordinaires, aurait été d'autant plus grave ici qu'il n'y avait pas de doute sur l'existence d'une altération profonde de ce vaisseau, et qu'il était à supposer qu'il ne supporterait pas la constriction du fil. Cependant le siége de l'anévrisme, situé à 6 centimètres seulement de la racine du membre, ne me permettait pas de recourir à la compression alternative avec deux pelotes; il me fallut donc avoir recours à un autre procédé, c'est-à-dire à la compression sur un seul point de l'artère, et le 28 novembre je la commençai avec l'appareil de M. Broca, muni seulement de sa pelote supérieure. L'appareil est placé à onze heures du matin; la pelote comprime l'artère sur l'éminence iléo-pectinée; on saupoudre la peau de poudre de lycopode, et on interpose entre elle et la pelote une plaque d'agaric bien doux. On montre au malade la manière de relâcher ou d'augmenter la compression jusqu'au degré où il pourra la supporter.

La compression est seulement partielle, et elle sera intermittente, c'est-à-dire que toutes les quatre ou cinq heures on lèvera un moment la compression pour laisser reposer le malade. — Je fais pratiquer une saignée du bras de 15 onces; je prescris un régime sec, une demi-ration; un grain de poudre de feuilles de digitale pourprée soir et matin.

Il n'y eut pas de sommeil la nuit qui suivit l'emploi de la compression, une douleur vive se manifesta dans les lombes. Le lendemain, en examinant le point comprimé, on trouva la peau d'un rouge violacé; quelques frictions avec de l'eau-de-vie camphrée et un peu de repos,

suffirent pour la ramener à son état naturel. Le surlendemain, à ce point il y avait une phlyctène, plus de la douleur dans le pied; il fallut encore cesser momentanément la compression. Cependant, malgré ces intermittences, le volume de la tumeur avait diminué, et les battements étaient moins forts.

Enfin, au quatrième jour, l'état de la peau ne permettant pas de continuer la compression, il fallut la suspendre tout à fait. Il est à remarquer que pendant tout ce temps l'insomnie persista, malgré l'emploi de l'opium à la dose de 10 centigrammes par jour. L'amélioration que la tumeur avait subie par suite de la compression intermittente engageait d'une part M. Michaux à la continuer, mais d'autre part l'eschare qui existait devait faire repousser tout appareil; restait la compression avec le doigt. En conséquence, elle fut tentée le 5 décembre, à neuf heures du matin, et faite par les élèves du service. Le voisinage de l'eschare la rendait fort douloureuse, mais le malade s'y soumit dans l'espoir de guérir.

A dater de ce moment, un mouvement de fièvre se manifesta, le membre devint œdématié, des fourmillements et de l'engourdissement se firent sentir, et vers le soir le pied se refroidit; on dut l'entourer avec des boules chaudes. Dans la nuit, ces symptômes augmentèrent, mais la tumeur devint plus dure, les mouvements d'expansion diminuèrent, des caillots semblèrent la combler. Notons que pendant ce temps la fièvre était très-intense, que le malade ne put goûter aucun repos, et qu'il fut tourmenté en outre par de violentes coliques.

Comme au milieu de cet état général assez grave la tumeur se modifiait de la manière la plus heureuse, M. Michaux fit continuer la compression digitale, et vingt-quatre heures juste après la première application, il eut le plaisir de constater que tout battement avait cessé, que tout bruit de souffle avait disparu, et qu'on n'entendait seulement que le bruit des pulsations de l'artère, qui battait fortement jusqu'à la limite supérieure du sac. Au-dessous, on ne trouvait plus trace de pulsation artérielle dans aucun point du membre, dont la température semblait avoir diminué.

La compression fut cependant encore continuée, et à midi une saignée du bras de dix onces fut pratiquée. La nuit l'insomnie fut telle et le malaise général si prononcé, que la compression fut suspendue une heure et demie, puis reprise jusqu'à neuf heures du matin, époque où elle fut définitivement abandonnée.

A partir de cette époque, il est à remarquer que le malade éprouva une sorte de congestion cérébrale, que le membre fut douloureux; mais

la tumeur devint de plus en plus dure et plus petite. Trois ou quatre jours après, la circulation commença à se rétablir doucement vers la partie inférieure du membre, et alors les symptômes généraux se calmèrent, mais lentement; l'eschare résultant de la première compression se détacha, la plaie se cicatrisa, et le malade quitta l'hôpital le 24 janvier, dans l'état suivant :

La tumeur, devenue très-dure, offre 5 centimètres dans son diamètre vertical et 7 dans le transversal. On sent toujours les battements de l'artère crurale près de la limite supérieure de la tumeur.

Malgré tous les soins mis dans les recherches, on ne rencontre point de pulsations dans l'artère poplitée, ni dans la tibiale postérieure, ni dans la pédieuse; mais les petites artères signalées depuis longtemps continuent à battre manifestement.

Je conseille au malade d'éviter tout excès, les émotions vives. Je lui recommande de prendre de temps à autre quelques grains de digitale pendant quelques jours, et enfin d'avoir immédiatement recours à un médecin dès qu'il ressentira la moindre indisposition.

Réflexions. — Après avoir lu ces deux observations, on doit naturellement se demander pourquoi la compression a échoué chez le premier malade et pourquoi elle a réussi chez le second, quoique chez celui-ci les circonstances fussent en apparence moins favorables à la réussite de la compression. En effet, l'âge, les altérations du système artériel et du cœur, le volume considérable de la tumeur, son siége qui ne permettait pas de recourir à la compression double alternative, étaient autant de conditions qui, chez le malade de la seconde observation, paraissaient peu avantageuses au traitement de cet anévrisme par la compression.

Il nous est souvent impossible de dire pourquoi un moyen thérapeutique administré dans une même maladie a des effets différents d'après l'individualité; cependant, dans les deux cas dont il est ici question, ne peut-on pas trouver par l'analyse quelques motifs de l'échec et du succès? Chez de Konninck malade de la première observation, le sang que l'on a retiré de la veine était assez séreux, peu plastique, par conséquent peu propre à former des caillots actifs organisables Aussi, à l'autopsie de la tumeur, y avait-il très-peu de fibrine déposée dans le sac, quoiqu'on eût exercé la compression pendant plus d'un mois et que la ligature de l'artère fût faite depuis treize jours. Ce peu de plasticité du sang dépendait probablement chez notre premier malade de son tempérament lymphatique et de ce que, étant veilleur de nuit et ouvrier, il ne prenait pas le repos nécessaire pour

une bonne santé et ne tenait pas un régime assez animal. Chez Boulard, au contraire, le sang était très-plastique ; aussi cet homme, d'un tempérament sanguin, habitant la campagne, et se trouvant dans une certaine aisance, passait de bonnes nuits et prenait toujours une bonne nourriture.

La compression a été, chez nos deux malades, très-douloureuse, cependant plus douloureuse chez le premier, qui n'avait peut-être pas non plus une aussi ferme volonté à souffrir pour guérir. Nous nous sommes demandé si de Konninck, qui connaissait le mécanisme de l'appareil à compression, n'avait pas relâché trop souvent celui-ci dans le but de diminuer ses souffrances.

La compression artérielle faite au moyen des doigts ne produit-elle pas moins de douleur que celle exercée par un appareil élastique à pelote étroite ? Je le pense. Aussi suis-je devenu très-partisan de la compression digitale depuis que je l'ai employée chez Boulard. Je sais qu'on pourra objecter que ce mode de compression ne pourra être employé que dans des hôpitaux d'instruction, où il se trouve des élèves dévoués qui veulent bien se prêter à cette manœuvre. Il me semble cependant qu'il ne serait pas impossible d'y avoir recours dans la pratique privée. En effet, pour bien exercer la compression digitale, il suffira d'être à trois ou quatre chirurgiens qui se relèveront toutes les deux ou trois heures, à tour de rôle. On pourrait même faire exercer la compression par des aides étrangers à l'art, et qui seraient surveillés dans leurs fonctions par un chirurgien. Le malade même a quelquefois fait cette compression avec succès (*voir* la 49e observation de l'ouvrage de M. Broca, p. 840). Du reste, je ne propose de remplacer la compression élastique faite au moyen des appareils par la compression pratiquée avec les doigts, que lorsque le moment est arrivé de rendre celle-ci *totale*.

La compression digitale sera moins douloureuse et mieux surveillée que la compression par les appareils. Il me semble que nous pouvons conclure :

1° Que la ligature employée de prime abord chez de Konninck, n'aurait pas mieux réussi que la compression et la ligature appliquée consécutivement à cette dernière ;

2° Que Boulard, dont l'anévrisme a été guéri par la compression, a été exposé à beaucoup moins de dangers par ce mode de traitement que si on avait pratiqué la ligature de l'artère iliaque externe.

M. LE PRÉSIDENT annonce que la discussion de ce travail aura lieu dans la prochaine séance, que l'analyse détaillée lue par M. Marjolin

sera insérée dans les procès-verbaux, et les deux observations de M. Michaux honorablement déposées dans les Archives.

Le secrétaire de la Société, AD. RICHARD.

Séance du 28 octobre 1857.

Présidence de M. BOUVIER.

M. MARJOLIN soumet à l'examen de la Société un enfant de quatorze mois chez lequel, à la suite d'une chute d'un lieu élevé faite il y a quelques jours, il est survenu au niveau de la région pariétale gauche une tumeur volumineuse, molle, fluctuante, et présentant des battements isochrones aux pulsations du pouls. Cette tumeur serait, d'après lui, formée par un épanchement sanguin très-probablement compliqué de fracture des os du crâne.

M. MOREL-LAVALLÉE. Cet enfant présente sur le côté du crâne une tumeur assez volumineuse, pulsatile, assez molle pour permettre au doigt d'arriver jusqu'à la surface de l'os. On trouve ainsi une lacune dans la boîte du crâne. Chez un adulte, une fracture serait évidente; mais dans le jeune âge, il est extrêmement difficile de fracturer les os. Ils sont élastiques, et se plient en quelque sorte à la manière du cuir. Sans nier absolument ici cette lésion, il me semble plus probable que la communication de la tumeur avec le crâne a lieu par une fontanelle non encore ossifiée, ou par une suture encore incomplète. Mais il est évident pour moi que la tumeur reçoit des battements de l'impulsion du cerveau, de la circulation cérébrale.

Quant au traitement, je me bornerais aux résolutifs et à une compression légère et prudente, et il est probable que la guérison ne se ferait pas attendre. Si la résolution ne se faisait pas, on pourrait évacuer la poche par une ponction sous-cutanée à l'aide d'un petit trocart.

M. DESORMEAUX. La cause des battements me paraît moins claire qu'à M. Morel; à ce niveau, je ne vois ni suture ni fontanelles, et à travers celles-ci la communication des battements me paraît douteuse.

M. DEMARQUAY. Sans me prononcer sur la nature de la tumeur, je dois dire que les battements ne me paraissent pas douteux; d'ailleurs

les tumeurs sanguines avec battements artériels ne sont pas rares, et dans ces cas surtout, quand les tumeurs sont récentes. Il y a un an, j'ai été appelé près d'un enfant qui venait de faire une chute sur la tête; une tumeur sanguine, grosse comme un gros œuf de poule, se manifesta dans la région temporo-frontale. Ce malade éprouvait de vives douleurs dans sa tumeur; celle-ci était de plus le siége de battements artériels très-marqués. J'ai cru devoir, d'après les faits qui avaient été signalés à la Société de chirurgie, faire une ponction capillaire, et évacuer une certaine partie du sang. Mais au bout d'une demi-heure les douleurs devinrent intolérables; je fis de nouveau une ponction avec un trocart explorateur; j'évacuai plusieurs cuillerées de sang. Il y eut encore, au bout de peu de temps, tension nouvelle de la tumeur et douleurs violentes; j'abandonnai les ponctions; je fis une application de glace, que je continuai plusieurs jours. Je vis ainsi les douleurs disparaître, ainsi que les battements, et finalement mon malade guérit.

Ce fait prouve que la ponction avec un petit trocart appliquée aux tumeurs sanguines récentes, est loin d'être un bon moyen dans tous les cas.

M. CAZEAUX. Avant de discuter sur la valeur séméiologique des battements, il faudrait être sûr de leur existence. Ni moi ni M. Michon n'avons pu en découvrir. Je crois qu'il s'agit là d'un épanchement sanguin sous-péricrânien, comme le céphalœmatome, et surtout je pense qu'il faut s'abstenir de toute opération.

M. AD. RICHARD. Au crâne, comme en d'autres régions du corps, on a déjà signalé des épanchements sanguins accompagnés de battements artériels et se reproduisant dès qu'ils sont ponctionnés. J'en ai vu plusieurs de cette sorte, un en particulier à la cuisse, occupant presque toute la profondeur du membre, et qui finit par une résolution complète au bout de six semaines à deux mois.

M. HUGUIER. Tout le monde paraît croire à une tumeur sanguine.

La mollesse, les circonstances du développement ne m'éloigneraient pas de penser qu'il s'agit plutôt d'un abcès. En tout cas, une petite ponction pourrait être utile.

M. MOREL-LAVALLÉE. Pour moi, l'existence des battements est évidente, ainsi que la nature sanguine de la tumeur. Parvenu à la surface de l'os, j'ai cru sentir une ligne qui indique une communication intra-crânienne.

M. GIRALDÈS. Il pourrait sembler étrange de voir se prononcer des

opinions aussi diverses. Heureusement il est permis de dire que nos collègues ne sont pas en mesure de se décider. Il faut du temps pour cela, et nous ne l'avons pas. Les battements sont incontestables ; mais pour en tirer la vraie conclusion, il faut un examen approfondi auquel se livrera notre collègue M. Marjolin.

M. FORGET. Un fait m'a frappé : quand l'enfant crie, la tumeur se gonfle; s'il reste tranquille, on arrive facilement sur les os, et on y trouve une déhiscence manifeste; le doigt sent une ligne de fracture : M. Richet l'a sentie comme moi.

M. MOREL. L'opinion de M. Forget rentre dans la mienne. Mais peut-il y avoir fracture à cet âge des os du crâne? Pour moi je n'en ai jamais pu produire artificiellement. En tout cas, s'il existe une fente, les fragments ne peuvent être séparés.

M. LARREY. Je croirais à un abcès sanguin, de ceux que mon père désignait sous le nom d'abcès traumatiques, et cela sans communication intra-crânienne.

M. GUERSANT. Il y a tous les symptômes d'un abcès sanguin, et je ne vois aucun inconvénient à une ponction.

M. JARJAVAY. J'ai vu un fait analogue à l'hospice des Enfants trouvés. L'enfant avait six mois; la tumeur était sur la région pariétale, molle et fluctuante. Je fis une ponction. Au bout de deux jours nouvelle poche. Mort quatre jours après. Il y avait fracture du pariétal, épanchement entre les os et la dure-mère. Chez l'enfant de M. Marjolin, j'ai bien constaté que les cris gonflent la tumeur, et j'admets une communication intra-crânienne.

M. DEGUISE. Il existe un sillon creux sur les os, qui indique une solution de continuité du crâne. Pourquoi ferait-on une ponction? Peut-elle modifier le traitement? Non. Donc il faut s'en abstenir, car elle peut être dangereuse.

M. GIRALDÈS. Le fait de M. Jarjavay ferait penser qu'il existe ici une fracture. Mais une déhiscence comme celle dont nous a parlé M. Forget, cela est impossible. Les os du crâne d'un petit enfant ne peuvent se séparer. Pour le traitement, je pense qu'il faut attendre.

M. RICHET. Contrairement à ce que dit M. Giraldès, j'affirme que la séparation des os du crâne existe à la partie postérieure du vertex. La comparaison des deux côtés lève tous les doutes.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. VERNEUIL demande la parole à l'occasion du travail de M. Michaux, et examine d'une manière générale l'influence que la compression digitale a exercée dans ce dernier temps sur le traitement des anévrismes, et quels immenses services elle est appelée à rendre par la suite. Après avoir sommairement indiqué ce que l'important mémoire de M. Broca renferme sur cette question, il revient sur les deux faits communiqués à la Société de chirurgie par M. Vanzetti (de Padoue), et sur le second fait de M. Michaux, fait d'autant plus intéressant que la compression digitale, bien qu'employée dans des conditions défavorables, n'en a pas moins réussi.

M. Verneuil, après avoir insisté sur la simplicité du moyen et sur la promptitude du succès, a dit avec raison que, lors même que ces observations seraient les seules, elles suffiraient pour recommander vivement la compression digitale à l'attention des chirurgiens. Quelle objection faire, en effet, à un procédé qui guérit des anévrismes poplités en cinq heures, en quarante-huit heures, et un anévrisme considérable de l'artère fémorale en vingt-quatre heures?

Après avoir insisté sur ces faits, M. Verneuil pense que si M. Broca en avait eu connaissance avant son travail, il eût parlé autrement de la compression digitale. Malgré les insuccès de ce dernier moyen, il sera toujours supérieur aux appareils mécaniques, et d'un usage plus facile et moins pénible pour les malades. Puis enfin, en ne prenant en considération que les chiffres seuls, on trouve un résultat qui plaide bien en faveur de la compression digitale; en effet, sur dix-sept cas où elle a été employée, on ne compte que sept insuccès.

M. Verneuil, après avoir cité sommairement ces dix-sept observations et insisté sur leurs différences, termine son travail par cette conclusion.

Dans l'état présent de la question, on peut sans témérité énoncer les propositions suivantes :

1° La compression digitale indirecte, continue et même intermittente, exécutée par les mains habiles des aides ou par les malades, a pu à elle seule, et sans le concours antérieur ou ultérieur d'aucun autre moyen, guérir des anévrismes.

2° Associée avec le tourniquet et alternant avec lui, elle a produit également des cures rapides et d'une grande simplicité. En général, le succès ne se fait pas attendre quand il doit couronner la tentative.

3° A elle seule, elle a guéri des anévrismes alors que la compression mécanique était impraticable ou avait dû être abandonnée; bien

mieux supportée, en effet, que cette dernière, la compression digitale peut être appliquée sur des points où la peau est déjà enflammée.

4° « Cette compression est la plus efficace et la moins douloureuse » de toutes ; elle permet de n'agir que sur l'artère, en respectant les » nerfs et les veines voisines, et en ménageant la peau. » (Broca, page 807.)

5° La compression digitale peut échouer ; mais, dans ce cas, elle modifie le plus souvent avec avantage l'état de l'anévrisme.

6° Il est permis de croire que, seule, elle aurait réussi plus souvent si elle avait été pratiquée avec plus de persévérance et de régularité que cela n'a eu lieu dans les cas précités.

7° Jamais, jusqu'à ce jour, un accident quelconque n'a pu être imputé à ce procédé.

8° Appliquée pour la première fois avec succès par Saviard, à la suite d'une opération d'anévrisme par la méthode ancienne, la compression digitale indirecte est donc essentiellement d'origine française ; on ne lui a pas, jusqu'à ce jour, donné toute l'extension et toute la généralisation dont, à notre avis, elle est susceptible.

M. BOINET. Je porte un anévrisme de l'artère coronaire labiale depuis 25 ans. Il date en effet de 1832, époque à laquelle j'eus cette partie fortement contuse par le recul d'un fusil de chasse. Il y a douze ans, j'étais presque décidé à me faire pratiquer une ligature. On m'en a dissuadé. Pour le faire diminuer, je le comprime avec le doigt, et au bout de deux ou trois heures, les battements et les douleurs cessent presque entièrement. Aujourd'hui, j'en suis à peine gêné, et la tumeur est fort petite.

M. GIRALDÈS. Les succès de la compression digitale sont bien naturels. Le doigt est pour ce but spécial l'instrument le plus parfait. Dans les revers de la compression, peut-être faut-il accuser quelquefois la nature de l'anévrisme, sujet encore obscur ; mais bien plus souvent la faute en est aux appareils. En effet, chaque malade exigerait un appareil à lui spécialement destiné, moulé sur la configuration du membre. J'ai déjà signalé cet écueil de la méthode compressive dans un travail inséré en 1835 dans le journal de M. Malgaigne, où je faisais connaître les travaux irlandais. Je crois donc que toutes les fois que le doigt pourra être employé, il faut y avoir recours.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. HUGUIER présente un hygroma hématique du volume d'une grosse orange, et qu'il a extirpé le 25 octobre sur une femme de quarante-quatre ans. Voici cette observation :

Hygroma hématique du volume d'une grosse orange : ablation le 25 octobre 1857.—Le 21 octobre 1857, est entrée à l'hôpital Beaujon (salle Sainte-Clotilde) la nommée Péronneau (Jeanne), cuisinière, âgée de quarante-quatre ans.

Cette femme se présente avec une tumeur considérable au-devant de la rotule ; cette tumeur, d'après son récit, a pris naissance il y a près de dix ans sans cause connue. La malade n'a pas conscience d'avoir reçu de coup sur le genou ni d'être tombée ; elle affirme également n'avoir éprouvé aucune gêne dans la marche, et n'avoir jamais été forcée de se mettre au lit. Seulement, quelque temps avant son entrée, elle commença à éprouver quelques élancements qui lui donnèrent des inquiétudes, et la décidèrent à venir réclamer l'ablation de cette tumeur, dont le volume égale celui d'une très-grosse orange.

Le 25, M. Huguier se décide à l'opération ; après avoir constaté que la tumeur est manifestement fluctuante, qu'elle est située au-devant de la rotule, et qu'elle n'a aucune connexion avec l'articulation du genou, il embrasse la tumeur par une incision elliptique, de façon à laisser de chaque côté des lambeaux suffisants pour permettre la réunion. Puis il dissèque chaque lambeau en soulevant la tumeur, et la détache de la face antérieure de la rotule. L'opération fut d'ailleurs des plus simples. Il n'y eut pas d'écoulement de sang ; réunion par une suture ; incisions latérales pour permettre à la peau de glisser et aux lambeaux de venir au contact. Pansement simple.

La tumeur incisée laissa écouler un liquide d'un brun rougeâtre dans lequel nageaient des détritus blanchâtres, qui sont, d'après toute évidence, des restes de fibrine dégénérée.

Le 26 et le 27, pas d'accidents. La suture paraît devoir réussir. Les épingles ne sont pas enlevées ; il y a peu d'inflammation.

Le secrétaire de la Société, AD. RICHARD.

Séance du 4 novembre 1857.

Présidence de M. Bouvier.

Hygroma du genou. — M. Huguier annonce que la malade opérée de l'énorme hygroma du genou est en très-bonne voie de guérison.

M. Houel a examiné la tumeur ; c'est un hygroma aussi simple que possible; seulement il signale comme un fait anormal la disposition du contenu de la poche. Contre l'ordinaire, c'est une masse grenue, sans consistance, sans cohésion, libre en tous sens, et formée par la fibrine du sang.

M. Verneuil a eu l'occasion, dans une tumeur analogue du coude, d'examiner la même forme de la substance fibrineuse déposée. Elle avait tout à fait l'aspect de râpure de bois. C'est, avec l'observation de M. Huguier, le seul fait de ce genre qu'il ait rencontré.

— **M. Marjolin** communique l'observation du petit malade qu'il avait présenté dans une précédente séance.

Nous transcrivons cette observation.

Bosse sanguine du cuir chevelu, présentant des battements isochrones au pouls et un bruit de souffle. Fracture du pariétal. — M. Marjolin. Dans la dernière séance, j'ai cru devoir soumettre à votre examen, à cause de la rareté du fait, un jeune enfant de quatorze mois, tombé dans un escalier quinze jours avant, de la hauteur d'un second étage, sur le côté gauche de la tête. Au dire de la mère, il resta peut-être trois quarts d'heure sans connaissance, et lorsqu'il revint à lui on ne remarqua aucun signe de paralysie ; seulement on s'aperçut que sur le côté gauche de la tête, au niveau de la région pariétale, il y avait une petite bosse qui, suivant la mère, disparut au bout de quelques jours, puis se remontra bientôt après dans le même point en prenant assez rapidement le volume que vous lui avez vu, celui de la moitié d'une orange. Pendant tout ce temps l'enfant, qui est très-chétif, ne présenta aucun symptôme inflammatoire général ou local; il continua à bien prendre le sein de sa mère.

Il y a mercredi huit jours, lorsqu'il me fut amené à l'hôpital, de suite je pus très-facilement reconnaître que cette tumeur, qui était fluctuante dans tous les points, présentait partout des battements isochrones aux pulsations du pouls ; il me sembla même dans certains points perce-

voir un bruit de souffle assez distinct. L'origine de la tumeur, son développement, l'aspect de ses bords, qui présentent au plus haut degré les caractères propres aux tumeurs sanguines du cuir chevelu, si bien décrites par J. L. Petit (*Des bosses à la tête sans plaies aux téguments*), ne me laissèrent aucun doute sur sa nature.

Aujourd'hui encore, comme dès le premier jour, malgré plusieurs objections faites dans la dernière séance par quelques-uns de nos honorables collègues, je suis d'autant plus porté à croire que nous avons affaire à une bosse sanguine dont les battements sont entretenus par la lésion d'une artère, compliquée en outre d'une fracture des os du crâne, que j'ai pu depuis examiner et faire examiner à plusieurs reprises le petit malade, alors qu'il était calme et que les cris ou les mouvements ne s'opposaient plus à une investigation prolongée. Nul doute ne peut exister sur la réalité des battements. Un de mes collègues de l'hôpital, M. Barthez, M. le docteur Alipe qui assistait à la visite, et tous les élèves du service, ont pu, non-seulement les sentir, mais les compter très-facilement, et chaque fois ils ont été trouvés isochrones aux pulsations du pouls.

Reste la question du bruit de souffle, qui donnerait un caractère bien plus précis au diagnostic. Ce matin, 4 novembre, j'ai pu l'entendre très-distinctement au sommet de la tumeur, dans le point où une fracture du pariétal a été constatée, d'abord par M. Forget, et ensuite par M. Richet, bien que je n'aie pas été seul à le percevoir; M. Barthez n'a pu le retrouver, vraisemblablement à cause de l'agitation du petit malade. Il m'a dit à ce sujet que sur des enfants anémiques dont les fontanelles ne sont point encore ossifiées, on rencontrait quelquefois ce bruit de souffle. Je l'ai alors cherché chez notre blessé, et ne l'ai point rencontré là, comme au sommet de la tumeur.

J'ajouterai maintenant que depuis huit jours, malgré une compression très-modérée, et l'emploi de la teinture d'arnica étendue d'eau, la tumeur a augmenté de 4 centimètres dans sa convexité, et que l'on sent toujours la même absence de caillots dans toute son étendue. J'aurai soin de tenir la Société au courant de ce fait.

M. GOSSELIN demande à M. Marjolin de vouloir bien s'expliquer sur le mode d'exploration qu'il a suivi pour reconnaître la présence des battements isochrones avec ceux des artères; si pour quelques-uns de nos collègues il y a eu des doutes sur la réalité de ces battements, cela tient sans doute à la manière dont ils ont été recherchés.

Ainsi, en se bornant seulement à les trouver à l'aide du toucher, ils étaient difficiles à percevoir; mais il n'en était pas de même si avec

le toucher on combinait la vision. En fixant les yeux sur les doigts appliqués sur la tumeur, on les voyait alors manifestement soulevés. Je crois, ajoute M. Gosselin, qu'il est très-utile d'insister sur ce fait, car il m'a semblé que le caractère des battements ainsi perçus pouvait offrir de l'importance au point de vue étiologique. Si en effet pour percevoir les battements les doigts ne suffisent pas, on peut en conclure que la cause de ces pulsations n'est pas dans la tumeur elle-même, mais est produite dans le voisinage, et dans ce cas particulier, me fondant sur la présence du caractère que je signale, je suis porté à admettre que les pulsations viennent de l'intérieur du crâne.

M. MARJOLIN. Afin d'avoir plus de certitude sur l'existence réelle des battements, j'ai dû les constater de plusieurs manières; non-seulement j'ai pu compter les soulèvements bien sensibles d'un doigt appliqué sur la tumeur, mais en posant la main sur ce point, j'ai pu, ayant la tête tournée, noter avec le doigt sur une table chacune des pulsations, et elles ont concordé avec le pouls observé par un des internes. Cette épreuve a été répétée par plusieurs personnes, et constamment elle a donné le même résultat.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je rappellerai que dans la précédente séance j'ai fait observer que le doigt placé sur la tumeur était soulevé et rendait ainsi les pulsations perceptibles à l'œil.

Par le toucher on les sentait également quand on comprimait une partie de la tumeur pendant que le doigt en explorait une autre partie. Suivant moi, sans cette précaution, qui réduit l'étendue de la poche, l'impulsion artérielle se disperse insensible sur ses parois trop larges et trop flasques.

LECTURE.

M. HOUEL communique un travail sur l'absence de cicatrisation des fractures linéaires des os plats et des fissures des os longs.

Le travail que je soumets à l'appréciation de la Société de chirurgie est depuis longtemps de ma part le sujet de nombreuses recherches, que je n'aurais peut-être pas encore communiquées de longtemps, si M. Richet, dans la dernière séance, n'avait présenté un malade offrant tous les symptômes cliniques d'une fracture de la base du crâne, guérie par la consolidation d'un cal osseux.

Il arrive assez souvent au crâne que, sous l'influence d'un choc plus ou moins violent, les os se fracturent longitudinalement; tantôt cette solution de continuité, quel qu'en soit le siége, occupe toute l'épaisseur

de l'os, d'autres fois elle n'occupe qu'une partie de cette épaisseur, et elle est alors bornée à l'une des tables ; cette fissure des os plats est connue depuis l'antiquité, puisqu'elle est mentionnée par Hippocrate.

La fissure des os longs est beaucoup plus controversée ; après avoir été démontrée par Duverney, elle a été niée par Louis, Boyer, etc., et elle a été heureusement rappelée en France dans ces dernières années. M. Malgaigne lui a consacré un article dans son *Traité des fractures*. Cette variété de solution de continuité des os est aujourd'hui incontestable, et j'en ai rapporté plusieurs exemples dans mon *Manuel d'anatomie pathologique*. J'ai pu même donner les numéros des pièces déposées dans le musée Dupuytren. Lorsque les fractures linéaires des os plats sont sans grands désordres des parties molles, et sans grand écartement des fragments, elles se trouvent à peu près dans les mêmes conditions que les fissures des os longs. C'est pourquoi au point de vue du phénomène de la cicatrisation, j'ai cru devoir les confondre. Je me suis alors posé ces questions : La consolidation de ces fractures par un cal osseux qui en réunit les deux bords a-t-elle lieu, est-elle la règle ou bien l'exception ?

Les auteurs sont muets à cet égard, et il résulte implicitement de leurs observations qu'à moins de mort rapide, le travail de consolidation des fractures linéaires et des fissures est la règle, qu'il s'opère de la même manière que celui des fractures ordinaires, c'est-à-dire qu'une substance osseuse désignée sous le nom de cal s'interpose aux deux bords des fragments de la fente, qu'elle soude ensemble. Cette soudure serait quelquefois si directe, que j'entendais dire dernièrement à deux chirurgiens du plus grand mérite, MM. Robert et Richet, qu'à la manière de la consolidation du tissu spongieux des os, elle pouvait se faire presque sans trace apparente, ou bien en faisant seulement un léger relief à la surface de la solution de continuité.

Cette opinion, que je résume ici brièvement, est celle qui est généralement admise, il faut voir maintenant si elle est vraie ; pour cela il suffit de consulter les faits, de voir si l'observation est d'accord avec ce que j'appellerais volontiers le raisonnement. Dans ce travail, je ne veux parler que des fractures linéaires, ou des fissures à leur plus grand état de simplicité, c'est-à-dire sans aucun désordre. Ces fissures sont très-rares pour les os longs, les observations de guérison sont donc peu nombreuses, et les fissures ou fractures linéaires simples du crâne, qui siégent le plus souvent au niveau du rocher, sont presque toujours assez rapidement suivies de mort, avant le temps voulu pour que le travail de leur consolidation s'opère. M. le professeur Malgaigne

admet même que ces fractures sont toujours mortelles. On comprendra alors comment la science ne possède qu'un très-petit nombre de faits qui puissent servir à éclairer la question que je me suis posée. Comme le Musée Dupuytren renferme précisément quelques-uns de ces faits, c'est ce qui m'a déterminé à la soumettre à votre examen.

Je ne me dissimule pas que le nombre des observations que je possède est insuffisant pour juger la question définitivement; mais il me paraît néanmoins suffire pour être pris en considération. Je vais étudier la cicatrisation des fractures linéaires et des fissures :

1° *Dans les os plats;*

2° *Dans les os courts;*

3° *Dans les os longs.*

4° *Fractures linéaires ou fissure des os plats.* — C'est exclusivement sur ceux du crâne qu'ont porté mes observations; si j'examine les pièces déposées dans le Musée, je trouve que dans toutes les fractures de la base, la mort est survenue assez rapidement pour que le travail de consolidation n'ait pas eu le temps de s'effectuer; ces pièces ne peuvent donc servir à jugèr la question : je suis forcé de les mettre de côté. Je ne puis m'empêcher cependant de rapporter ici une observation très-intéressante, qui a été vue dans le service de M. Velpeau et que m'a rapportée aujourd'hui même M. Dolbeau, qui était alors interne du service; c'est en 1855 que ce fait aurait eu lieu. Un homme, à la suite d'une chute, aurait eu une fracture linéaire qui avait divisé d'avant en arrière la base du crâne de la base frontale à l'occipital. Ce désordre n'avait point été soupçonné, et ce malade étant sur le point de sortir de l'hôpital trente-cinq jours après son accident, il succomba à une pneumonie. Le chirurgien fut très-étonné de trouver cette fissure, qui ne présentait aucune trace de consolidation, et les os jouaient les uns sur les autres comme si la fracture eût été faite à l'instant même.

Les exemples de fractures linéaires ou de fissures simples de la voûte sont nombreux; je ne citerai que les n°s 16, 17, 18, 19; sur ces pièces décrites par M. Denonvilliers dans son catalogue, on ne trouve point également de trace de consolidation; il est probable cependant que chez quelques-uns de ces individus la vie s'est assez prolongée. Sur la pièce du n° 19, qui provient de l'ancienne Académie de chirurgie, on trouve au crâne une fracture linéaire et rameuse de 20 centimètres de longueur, qui divise diagonalement le pariétal gauche de son angle antérieur et inférieur à son angle postérieur et supérieur, et il n'y a pas encore trace de consolidation. La fracture est cependant ici très-pro-

bablement de date ancienne, car on trouve sur le coronal une large plaque osseuse nécrosée, circonscrite par un sillon assez large et profond d'un millimètre. Au centre de cette nécrose a été appliquée une couronne de trépan. Ce travail de mortification et d'exfoliation a dû mettre un certain temps à s'établir, et il me paraît que le cal aurait dû commencer à se former.

Sur la pièce n° 22, qui provient encore de l'ancienne Académie de chirurgie, on trouve sur la bosse frontale droite la trace d'un violent coup de sabre, qui a coupé la table externe et fracturé l'interne dans une plus grande étendue; quoique, selon toute apparence, la lésion soit très-ancienne, on trouve bien une cicatrice isolée pour chacun des bords de la partie sectionnée, mais point de cal qui comble le léger écartement que l'on observe ni qui réunisse la portion fracturée.

Lorsque, au contraire, on examine les crânes qui ont été brisés dans une assez grande étendue et avec de grands désordres, de la fracture principale partent des fissures; on observe quelquefois, comme cela existe sur la pièce n° 35, que le travail de consolidation de la portion d'os comminutivement brisée s'est étendu à la partie fissurée; c'est ce travail que j'ai vainement cherché sur les pièces que j'ai eu occasion d'examiner, et qui présentaient des fissures simples.

2° *Fissure des os courts.* — Cette solution de continuité est assez rare, puisque les auteurs n'en signalent que quatre exemples, dont deux portent sur la rotule et ont été observés par Gulliver et M. Malgaigne; les deux autres portent sur les vertèbres et sont dues, l'une à Paletta, l'autre à Blandin. Cette dernière pièce est déposée dans le Musée Dupuytren sous le n° 2; il existe une fracture oblique consolidée du corps de la deuxième vertèbre lombaire, et du côté du canal rachidien, on observe les corps des première et deuxième vertèbres qui sont fissurés verticalement d'arrière en avant dans les deux tiers environ de leur épaisseur. La consolidation est parfaite, comme vous pouvez le voir sur la pièce pour la fracture oblique et complète du corps, tandis qu'elle est nulle pour la fissure verticale, ou du moins l'écartement peu considérable qui sépare les deux fragments n'est point comblé par de la substance osseuse de nouvelle formation.

3° *Fissure des os longs.* — Ces fissures, aujourd'hui, sont nombreuses; j'en ai rapporté ailleurs un assez grand nombre d'exemples, mais dans toutes celles qui étaient simples et qu'il m'a été donné d'examiner, j'ai toujours vu la consolidation manquer. Je vais soumettre à votre examen deux pièces qui ne laissent aucun doute à cet égard; l'une porte le n° 221, et a été donnée par M. Marjolin. La lésion a été produite

par une balle; il existe cinq fissures, dont trois sont très-étendues, et quoique anciennes, elles sont comme si elles venaient d'être produites; il n'y a pas trace de cal. Sur la pièce déposée par M. Béraud, il existe une fracture par pénétration de l'extrémité inférieure du radius, avec fissure verticale d'environ 5 centimètres d'étendue de la face postérieure du fragment supérieur. La femme sur laquelle a été trouvée cette fracture est morte du choléra au bout de vingt jours. Il y a déjà une consolidation assez avancée de la fracture par pénétration; la fissure est, au contraire, comme si elle venait d'être produite.

Enfin M. Malgaigne a fait dessiner dans son atlas une fissure considérable du fémur, due à M. Fleury, et déposée dans le musée du Val-de Grâce, qui, si j'en juge par le dessin, est sans aucune trace de consolidation. Je regrette que le temps ne m'ait point permis d'examiner cette pièce.

Si je ne me trompe, il résulte des faits que je viens de rapporter que le travail de consolidation dans les fractures linéaires et les fissures, quelle que soit la forme des os, lorsqu'elles se sont produites dans leur plus grand état de simplicité, c'est-à-dire sans enfoncement des os plats, et sans trop grand désordre des parties molles, ne se consolident que rarement, si même le fait existe. Quand les parties molles sont fortement endommagées ou que les os plats sont comminutivement broyés, le problème est changé, le travail de consolidation qui s'opère lorsque le malade vit assez longtemps, au centre de la fracture comminutive n° 35, peut alors s'irradier dans la partie des os fissurés.

Cette opinion que j'émets ici relativement à la cicatrisation des os, à la suite de fente linéaire et de fissure, paraît en contradiction avec les faits généralement admis; en effet, la plupart des anatomo-pathologistes pensent que, pour les parties molles comme pour les parties dures, la cicatrisation s'obtient d'autant plus facilement et rapidement, que les parties sont en contact plus direct ou plus immédiat. Ceci est vrai pour les parties molles, tandis que pour les parties dures, cette proposition me paraît inexacte. Peut-être, en effet, a-t-on voulu trop généraliser.

Ce n'est point du contact des parties que résulte la cicatrisation, mais bien d'une exsudation plastique de nouvelle formation; seulement, lorsque les deux lèvres de la solution de continuité se touchent, le travail réparateur a alors moins de peine à combler l'écartement. Comme ce produit résulte d'un travail inflammatoire, si aucun obstacle ne s'y oppose, l'inflammation adhésive est toujours suffisante dans

les parties molles ; mais pour les os, il me paraît en être autrement. Quand la fracture est simple, sans grands désordres, l'inflammation consécutive adhésive ne semble point se produire constamment ; il faut un certain degré d'irritation qui peut manquer, et les fragments osseux restent alors, quant à l'écartement, dans les conditions dans lesquelles ils se trouvaient au moment de la séparation. C'est ce qui explique la différence que j'ai cherché à établir entre les fractures linéaires, les fissures simples et celles qui sont compliquées d'assez grands désordres.

La même condition ne s'observe-t-elle pas, mais moins souvent cependant, dans les fractures en travers ou obliques des os longs? Presque tous les auteurs admettent, et M. Cruveilhier professe cette opinion, que le défaut d'irritation nécessaire pour produire l'inflammation adhésive est une cause de non-consolidation des fractures, par conséquent de pseudarthrose. Ce manque d'irritation est l'exception pour les fractures ordinaires, tandis qu'il me paraît la règle pour les fissures : c'est ainsi que je serais tenté d'expliquer la distance qui, au point de vue de la consolidation, sépare ces deux variétés de solution de continuité osseuse.

DISCUSSION.

M. GIRALDÈS désire faire à M. Houel deux objections. La première est relative à l'historique ; la priorité des recherches signalées dans le travail de M. Houel ne peut être reportée à M. Malgaigne; car avant lui, MM. Debrou et Campagnac avaient déjà fixé l'attention des chirurgiens sur cette question.

La deuxième objection est relative à l'interprétation que M. Houol donne à la suite de l'examen des pièces 19 et 2.

La pièce 19 (fracture du crâne) présente à la table interne les traces manifestes d'un travail pathologique; cette partie est en effet criblée de trous. Dès lors qu'il y a eu une inflammation dans ce point et un travail pour produire la suppuration, on comprend que ce devait être à l'exclusion de la nutrition, sans laquelle la réparation ne pouvait se faire.

La même observation est applicable à la pièce n° 2 (fracture de la colonne vertébrale).

M. HOUEL répond d'abord à la première objection, en disant qu'il n'a pas eu l'intention d'exposer l'historique de la question, historique qu'il a introduit dans un autre travail.

M. LARREY. Si M. Houel a omis à dessein de citer les travaux antérieurs au sien sur les fractures longitudinales, et notamment le mémoire de Campagnac, ainsi que le travail plus étendu encore de M. Bouisson, il me permettra de ne point admettre l'interprétation des faits observés par lui-même.

Ces faits sont d'abord en trop petit nombre pour justifier la théorie tellement exclusive d'un défaut de consolidation ou de la persistance de la solution de continuité. Je suis porté à croire, au contraire, qu'un grand nombre de fractures longitudinales doivent se produire, soit isolément, soit comme complication d'autres accidents, se consolider ensuite et disparaître enfin, sans laisser même de traces du cal. Il n'y a, en effet, dans les cas simples ni déplacement, ni déformation, ni aucune des circonstances qui, dans d'autres fractures, s'opposent à la réunion osseuse. S'il s'agit des cas compliqués, soit de contusions, soit de plaies, ou bien d'inflammation, de suppuration, telles qu'ostéo-périostite, abcès sous-périostiques, etc., la consolidation d'une fracture linéaire pourra sans doute être retardée par ces complications elles-mêmes. Mais leur gravité peut suffire à la perte d'un membre ou à la mort du blessé, et il n'en faut pas conclure que la formation du cal n'a pu se faire par elle-même, puisqu'elle a été empêchée par d'autres causes.

Il faut enfin tenir compte de l'époque de l'accident, et ne point rechercher un travail de consolidation sur des os trop récemment fracturés. Ce temps, nous le savons, est quelquefois très-long, lorsque surtout des lésions concomitantes accompagnent la fracture.

Il est vrai, par contre, et nous devons en convenir, que certaines fractures nettes, linéaires, se consolident parfois plus difficilement que d'autres, irrégulières ou dentelées ; mais ce fait-là ne suffit point pour justifier la théorie de M. Houel.

M. MOREL-LAVALLÉE. Il serait très-étrange qu'une fracture se présentant dans les conditions les plus favorables à la consolidation, un affrontement exact des fragments, leur immobilité, et souvent l'intégrité du périoste fût précisément celle dont la guérison s'obtiendrait avec le plus de difficulté.

En examinant la pièce sur laquelle un coup de sabre a produit une double fracture de la table interne et de la table externe du crâne, il n'y a, nous dit M. Houel, aucune trace de consolidation sur la table interne. Eh bien, à l'intérieur, on peut voir qu'il n'y a en effet aucune trace de cal; mais aussi on reconnaît une altération pathologique manifeste. Il existe au niveau du coup de sabre une ostéite condensante

et un commencement de nécrose ; c'est sans doute à la présence de cette maladie des os qu'est due l'absence de tout travail de consolidation.

Sur un malade offrant tous les symptômes les moins douteux d'une fracture étendue de la base du crâne, la guérison a été obtenue ; et sans avoir pu constater par la nécropsie la réparation de cette fracture, je suis cependant fondé à admettre qu'elle a eu lieu.

C'est, en résumé, une question importante et qui mérite de fixer l'attention de la Société.

M. GOSSELIN. Il peut paraître irrationnel de combattre un travail lorsqu'en résumé on n'a aucun fait pour servir de base aux objections. Cependant la discussion reste encore possible en s'adressant pour infirmer les conclusions de M. Houel aux analogies d'abord.

Ainsi, en étudiant les fractures récentes des os longs, on trouve que presque constamment, en outre de la fracture transversale ou oblique, il existe des fissures longitudinales formant des rayons qui partent de la solution de continuité. Si M. Houel est dans le vrai en signalant la non-consolidation des fractures longitudinales, on devrait, en examinant les os après guérison de la fracture transversale, retrouver ces fissures non consolidées : il n'en est rien cependant.

J'ajouterai, comme cela a été déjà dit par quelques-uns de nos collègues, que sur les pièces présentées par M. Houel le cal a fort bien pu disparaître sous l'influence de la maladie qui a déterminé la mort.

En terminant, j'adresserai encore une objection : il est souvent très-difficile d'apprécier sur des os secs l'état dans lequel se présentait le cal sur le cadavre frais.

La consolidation définitive du cal ne s'obtient qu'après un temps très-long, des mois, quelquefois même des années. Il se peut que sur quelques-unes des pièces qui ont servi à édifier le travail de M. Houel le cal encore fibreux qui existait lors de la mort des malades ait disparu par la macération. J'ai pu constater cette particularité que je signale.

M. CLOQUET pense que la fracture des os plats, de ceux du crâne en particulier, se consolide à la suite d'un travail semblable à celui qui opère la réunion des fractures des autres os. Il cite l'observation d'un garçon maçon, nommé Roussel, qui en 1827 fut apporté à l'hôpital Saint-Louis après avoir eu la tête écrasée d'avant en arrière par la chute d'une pierre de taille volumineuse. Les os de la face étaient comme broyés, le nez enfoncé, et les os du crâne présentaient des fractures si nombreuses qu'elles se constataient dans toute la région de cette boîte.

osseuse, et qu'on pouvait sentir leur mobilité et parfois leur crépitation; du sang s'écoulait abondamment par l'oreille gauche, signe d'une fracture à la base du crâne. La tête avait changé de forme : elle était manifestement aplatie d'avant en arrière. Il y avait perte complète de connaissance.

Après un traitement antiphlogistique des plus énergiques, les accidents disparurent peu à peu, et le malade put sortir de l'hôpital en ne conservant de son accident qu'une surdité de l'oreille gauche et une déformation du visage et de la tête.

M. J. Cloquet déclare n'avoir jamais vu de fracture du crâne aussi grave et guérie sans de moins graves conséquences. Le crâne, à la vérité, était resté déformé, mais ses pièces étaient solidement réunies les unes aux autres; le malade avait recouvré l'intelligence ordinaire, qui était probablement celle qu'il avait avant son accident.

M. HOUEL. Cette observation, communiquée par M. Cloquet, loin d'infirmer mes conclusions, vient les confirmer; car j'ai dit que ces fractures accompagnées de grands désordres se consolidaient. J'en dirai autant des objections de M. Gosselin relatives à la consolidation des fissures compliquant les fractures transversales. Je n'ai parlé, en effet, que des fissures sans autres fractures.

En résumé, je puis dire que, malgré les recherches auxquelles je me suis livré, je n'ai pu trouver aucun exemple de consolidation par un cal osseux de fissures simples. Je sais bien que la question est loin d'être jugée, mais en vous la soumettant j'en appelle la solution.

M. Larrey m'a fait une objection sérieuse, déjà M. Malgaigne me l'avait faite, à savoir : l'absorption du cal pendant la maladie qui détermine la mort du malade. Je ne décline pas la gravité de cette observation. Ce qui ressort actuellement de l'examen des pièces que je vous soumets, c'est la consolidation des fractures complexes et la non-consolidation des fractures simples longitudinales; rien de plus facile à constater sur la colonne vertébrale. La même pièce vous montre un cal osseux parfait là où il y a eu écrasement, et l'absence complète de travail de réparation sur la fissure.

Il y a donc quelque chose de spécial dans ce mode de fracture, et M. Gosselin, qui a si bien étudié les fractures en croix, a bien su reconnaître leur extrême gravité, puisqu'il propose l'amputation quand on a reconnu leur existence.

M. GOSSELIN. Je n'ai proposé l'amputation dans ce genre de fractures que lorsqu'il y a plaie. Mais ceci dit, pour revenir au travail fort

intéressant de M. Houel et pour répondre à la dernière argumentation qu'il base sur l'examen de la fracture de la colonne vertébrale, je lui ferai observer que la différence entre les fractures du tissu spongieux et du tissu compacte, quant à la rapidité de la guérison, est tout à fait remarquable.

Dans le tissu spongieux écrasé ou non, la consolidation se fait rapidement, tandis qu'elle est très-lente dans le tissu compacte. Dès lors, la réparation que l'on remarque sur le corps des vertèbres est tout simplement en avance sur celle qui aurait dû se faire sur le tissu compacte.

M. ROBERT. M. Gosselin a fait au travail de M. Houel une objection très-sérieuse en parlant de la lenteur que le cal définitif met pour se produire. Or aucune des pièces présentées ne s'accompagne de renseignements suffisants sur la date de la lésion. Au trente-cinquième jour, nous savons qu'on ne trouve rien ou presque rien entre les fragments; aussi, sans nier, je demande, pour juger la question, des pièces plus probantes. On doit être d'autant plus sévère, qu'il s'agit ici d'un fait qui serait tout à fait en dehors des lois admises en anatomie pathologique.

M. HOUEL. Avant de répondre aux objections que l'on m'adresse, je demanderai d'abord à M. Robert s'il croit aux lois formulées par Dupuytren sur le cal provisoire et sur le cal définitif. Quant à moi, dit M. Houel, je les repousse absolument, et je suis convaincu qu'il n'existe qu'un seul cal; il commence partout du moment où il se produit.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur du sein enlevée d'un seul bloc par la cautérisation. — M. MAISONNEUVE présente une tumeur du sein du volume d'une moitié d'œuf d'autruche, qu'il a enlevée d'un seul bloc par la cautérisation pratiquée avec le caustique de *Canquoin*. Des ponctions faites à la base de la tumeur à l'aide d'un bistouri permettent d'introduire des flèches de caustique qui isolent et détachent la partie qui doit être enlevée.

Cette opération ne donne lieu à aucune suite fâcheuse. Il n'y a pas de réaction.

M. LARREY est heureux d'entendre la communication de M. Maisonneuve. Elle permet d'accepter un procédé opératoire jusqu'alors abandonné à des mains étrangères à la chirurgie pratique.

M. VERNEUIL a vu M. Girouard pratiquer avec succès ce mode opératoire.

M. Manec a aussi expérimenté les caustiques sur une assez grande échelle. Il se servait d'une préparation arsenicale, qui, appliquée avec précaution et sur de petites surfaces seulement, déterminait la chute des tumeurs cancéreuses. Il semblait que l'arsenic possédait une puissance destructive spécifique sur la substance cancéreuse, qui seule se trouvait détruite. M. Verneuil, tout en approuvant l'emploi des caustiques, signale leur insuffisance dans les cas si ordinaires d'adénite de voisinage.

Ablation partielle de l'os maxillaire inférieur. — M. MAISONNEUVE présente une autre pièce anatomo-pathologique. C'est un fragment du maxillaire inférieur qu'il a enlevé. Il croyait d'abord n'avoir affaire qu'à une simple ostéite produite par la pousse vicieuse d'une dent de sagesse. Après avoir mis l'os à nu et l'avoir trépané, il a reconnu qu'il s'agissait d'une ostéite tuberculeuse, et il s'est décidé à réséquer la partie malade. Le volume exagéré de l'apophyse coronoïde a rendu l'opération assez laborieuse.

M. CLOQUET croit que la maladie dans ce cas a été en effet produite par la dent de sagesse; il engage M. Maisonneuve à examiner la pièce avec soin et à communiquer le résultat de cet examen.

Le secrétaire de la Société, E. LABORIE.

Séance du 11 novembre 1857.

Présidence de M. BOUVIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. FOLLIN, à l'occasion du procès-verbal, réclame contre ce qui a été dit du procédé de M. Girouard, qu'il a employé et qu'il emploie encore souvent. Ce procédé permet de cautériser les tissus sous la peau à laquelle on ne pratique qu'une petite ouverture. Il lui a donné dernièrement un excellent résultat pour une tumeur du genou. Le tissu morbide, qui paraissait s'être développé à la surface externe de la synoviale, après s'être étendu sous la peau, l'avait perforée dans un point assez limité pour venir former à l'extérieur une tumeur considérable. Après avoir fait tomber au moyen du caustique la masse extérieure, M. Follin introduisit dans l'intérieur de la tumeur sous-cutanée, par le pertuis qui existait à la peau, des languettes de pâte au chlorure de zinc.

M. Follin a encore employé ce procédé pour une tumeur cancéreuse du pharynx. Lorsque le tissu est trop dur pour se laisser pénétrer par les languettes de pâte durcies, il les introduit à l'aide d'un trocart qu'il a fait fabriquer dans ce but.

M. BOINET a vu, il y a plus de vingt ans, des essais sur la pâte de Canquoin faits à l'Hôtel-Dieu par Sanson à l'occasion d'un rapport qu'il était chargé de faire. Dans ce rapport, l'éminent chirurgien signala divers inconvénients, entre autres les douleurs violentes et prolongées, et le danger de l'intoxication par le chlorure de zinc.

M. MARJOLIN. Il serait bien à désirer que MM. Maisonneuve, Larrey et Follin nous fissent connaître, d'après ce qu'ils ont observé, quelle a été l'influence des caustiques sur la récidive des affections cancéreuses. J'ajouterai que, puisque l'on a depuis quelque temps une certaine tendance à substituer les caustiques à l'emploi des instruments tranchants, il faudrait, pour éviter aux malades des douleurs qui sont toujours très-vives et très-prolongées, essayer, comme l'a fait M. Stanley, chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, de se servir d'une solution plus ou moins étendue de chlorure de zinc. D'après les faits rapportés par M. Follin dans le numéro d'août 1857 des *Archives*, les pansements faits sur les surfaces cancéreuses ulcérées avec de la charpie imbibée d'une partie de solution de chlorure de zinc de Burnett, étendue de six ou huit parties d'eau, auraient produit de bons résultats sans amener de grandes souffrances.

Je me souviens très-bien des essais dont vient de parler M. Boinet. Sanson employa la pâte de Canquoin sur deux femmes qui se refusaient à l'opération, et ce caustique détermina des douleurs atroces.

M. FOLLIN reconnaît que la douleur causée par le chlorure de zinc est intense, mais avec les flèches elle ne dure que trois ou quatre heures; ensuite elle s'arrête, pour revenir beaucoup plus faible au bout de dix ou douze heures; enfin, elle reparaît un peu le lendemain, sans doute lorsque l'inflammation commence dans les tissus sains. Il n'a jamais eu d'accidents d'intoxication.

M. Follin n'a employé qu'une fois la solution de chlorure de zinc contre un cancer récidivé du sein. N'ayant pu trouver la formule de Burnett, il l'employa à la dose de 4 grammes de sel pour 100 d'eau; à cette dose, la douleur était presque nulle; la femme appliquait elle-même les compresses imbibées de la solution.

L'application de la solution de chlorure de zinc produit à la surface de l'ulcère une couche grisâtre qui tombe bientôt, et on arrive ainsi en quelques jours jusqu'aux tissus sains. M. Stanley, lorsque la tumeur

n'est pas ulcérée, enlève la peau après l'avoir anesthésiée au moyen de la congélation.

M. HUGUIER rappelle que M. Maisonneuve a présenté la cautérisation comme une opération très-simple et sans douleur. Mais ce que craignent surtout les malades, ce qui leur fait rechercher l'emploi du caustique, c'est la crainte de l'instrument tranchant et de l'hémorrhagie. Or, pour introduire ses flèches, M. Maisonneuve fait des incisions de 2 en 2 centimètres; il y aura donc douleur, perte de sang, et l'opération sera longue. Un avantage de l'instrument tranchant, c'est que, après l'ablation de la tumeur, le doigt peut facilement explorer la plaie pour y chercher les restes de tumeur qui peuvent s'y trouver, et qu'on enlève facilement.

En résumé, M. Huguier ne voit d'avantage à la cautérisation que si elle met les malades à l'abri de l'infection purulente et de l'érysipèle.

M. CLOQUET a vu un grand nombre de récidives de cancer; il en a vu après la cautérisation, et ne pourrait dire si, dans ce cas, elles sont moins fréquentes qu'après l'emploi de l'instrument tranchant. Il demande à M. Follin s'il y a longtemps que sa malade est guérie, et s'il l'a revue depuis pour constater s'il y a récidive.

M. FOLLIN s'engage à prendre des renseignements qu'il apportera à la prochaine séance; mais en rapportant ce fait, il a voulu seulement signaler un procédé qui ne paraît pas mériter les reproches qu'on lui a faits.

M. GIRALDÈS fait connaître les résultats obtenus récemment dans le service spécial établi dans l'hôpital de Middlesex, pour le traitement des cancéreux, au moyen d'un caustique proposé par un chirurgien américain, et qu'on a su être composé d'un mélange de chlorure de zinc délayé dans partie égale d'une décoction de *sanguinaria canadensis*. D'après le rapport publié par les chirurgiens de l'hôpital, on commençait par faire des incisions à la peau, ou par la détruire au moyen de l'acide nitrique, puis on appliquait des plumasseaux trempés dans la pâte caustique et renouvelés tous les jours, et la tumeur finissait par se détacher. D'après les auteurs du rapport, les hémorrhagies étaient plus rares qu'après l'usage de l'instrument tranchant, l'infection purulente et l'érysipèle étaient moins fréquents, mais cependant ont été observés. Enfin, l'action n'a pas pu être parfaitement limitée, car il est arrivé que la paroi abdominale a été ouverte.

M. BOINET répond à M. Huguier que les tumeurs mobiles bien cir-

conscrites sont avantageusement attaquées avec le bistouri ; mais que dans les tumeurs mal limitées le caustique a l'avantage de n'attaquer que les parties malades.

M. VOILLEMIER répond : Les caustiques ne sont pas nés d'hier, et ce n'est pas la première fois qu'on a voulu en faire une méthode générale de traitement. Lorsqu'il y a vingt ans, on a voulu les remettre en grand honneur, ils furent assez froidement reçus par les chirurgiens. Aujourd'hui, on veut encore les remettre à l'ordre du jour, et je puis leur prédire une certaine vogue. Il y a pour cela plusieurs raisons. C'est d'abord que, substituer la cautérisation comme méthode générale de traitement, c'est faire autrement que tout le monde ; et ce seul motif n'est pas sans un certain attrait aux yeux de ceux qui veulent faire du nouveau à tout prix. Puis il règne un préjugé singulier en faveur des caustiques. Le public s'imagine que cautériser n'est pas opérer. Quelques rares praticiens concourent encore à entretenir cette erreur, en promettant aux malades de les guérir par les caustiques et sans opération.

Ainsi pour une tumeur du sein, enlever une partie de la peau, faire dans l'épaisseur de la glande plusieurs incisions, dans ces incisions plonger des morceaux d'un caustique énergique, déterminer des douleurs très-vives qui se prolongent au delà de quelques heures, revenir plusieurs fois à de pareilles pratiques, voilà ce qu'ils appellent traiter les cancers sans opération. Pourtant, quoi que l'on puisse dire, entre le chirurgien proposant l'instrument tranchant et celui qui, avec les caustiques, promettra de guérir sans opérer, le choix des malades ne sera pas douteux. Voilà pourquoi les caustiques feront leur chemin.

J'examinerai maintenant en peu de mots quelques-unes des opinions qui viennent d'être émises sur les caustiques. M. Boinet vous a dit qu'on avait reproché aux caustiques de déterminer beaucoup de douleur, mais que ce reproche était sans valeur depuis l'emploi du chloroforme. Je ne saurais être de son avis. Les douleurs se prolongent pendant un temps trop considérable pour que le chloroforme puisse les empêcher. Car le chloroforme ne saurait être employé trop longtemps sans danger. Il a ajouté que le chlorure de zinc, tout en attaquant les parties malades, respectait ordinairement les parties saines, telles que les aponévroses, les muscles. Mais j'ai plus d'une fois constaté le contraire. L'action des caustiques est très-difficile à mesurer. Il y a un mois environ, je fus chargé de faire l'autopsie d'une dame anglaise qui avait été traitée d'un cancer du sein par un praticien qui n'emploie que la cautérisation. Or, j'ai constaté que les caustiques avaient développé

une pleuro-pneumonie du sommet du poumon droit, affection à laquelle la malade avait succombé.

Quant à ce qui a été dit de l'avantage de n'avoir pas d'hémorrhagie, est-ce une raison bien sérieuse à propos du cancer du sein ? Qui ne sait que dans les cas d'ablation de tumeurs simples rien n'est plus facile que d'empêcher l'hémorrhagie ? Elle n'a vraiment d'importance que dans les cas où il existe des ganglions dans l'aisselle et jusque sur le trajet des vaisseaux, et c'est précisément dans ces cas que les caustiques ne peuvent être appliqués.

J'ai plus d'une fois employé le chlorure de zinc pour détruire des cancers du sein chez des malades qui ne voulaient pas entendre parler d'instrument tranchant, et j'ai eu peu à m'en louer. Dernièrement encore, j'avais à l'hôpital Lariboisière une femme que je traitais ainsi. Les deux premières applications de chlorure de zinc furent tellement douloureuses, qu'elle se refusa à en supporter une troisième. Tandis que je la traitais, j'ai opéré dans la même salle quatre femmes qui sortirent guéries, pendant qu'elle était dans un assez mauvais état.

Loin de moi la pensée de rejeter les caustiques de la chirurgie. Employés dès la plus haute antiquité, ils ont rendu et rendent encore chaque jour les plus grands services. Dans les cancers du sein en particulier, ils peuvent être utiles pour modifier une plaie de mauvaise nature, pour faire tomber une tumeur qu'on ne veut point enlever par le bistouri, pour réprimer une récidive limitée dans la plaie ; mais ils serviront seulement comme palliatifs. Mais comme méthode générale, ils me semblent impuissants. Quant à prévenir les récidives des tumeurs cancéreuses, il faudrait méconnaître les lois de la pathologie, et nier l'expérience de chaque jour pour soutenir cette opinion.

M. VERNEUIL pense qu'entre les deux méthodes mises en parallèle par M. Maisonneuve, il faudrait chercher les indications particulières à chacune d'elles. Lorsque la tumeur présente une très-large surface, le caustique est préférable. Mais s'il y a des ganglions engorgés, que doit-on faire ? M. Maisonneuve a paru penser qu'on peut les négliger. Cette pratique est contraire au précepte classique, et dans des ganglions gros comme des pois on trouve souvent l'élément cancéreux.

Cependant il y a des exceptions, et M. Verneuil rapporte le cas d'un jeune homme affecté d'un cancroïde énorme du dos de la main avec engorgement du ganglion épitrochléen, qui paraissait bien dégénéré. Néanmoins, après l'amputation de l'avant-bras, le ganglion, qui avait été conservé, a disparu, et il n'y a pas eu de récidive.

M. ROBERT pense que le malade de M. Verneuil avait un ganglion

que l'on a cru cancéreux, mais qui ne l'était pas. Lorsqu'il existe à la fois une tumeur cancéreuse et des ganglions engorgés, ces ganglions peuvent être le siége d'une inflammation ou d'un cancer, il est impossible de savoir lequel des deux ; le plus souvent ils sont à la fois cancéreux et enflammés. Dans les cas de cancers du sein avec tumeurs considérables de l'aisselle, l'amputation du sein a peu de gravité; mais si on fait en même temps l'ablation de la tumeur axillaire, le danger devient très-grand. En conséquence, M. Robert, en pareil cas, se contente d'enlever la tumeur du sein; après cette opération, on voit ordinairement diminuer les ganglions axillaires, qu'on peut opérer bien plus facilement au bout de deux mois, sans que ce retard expose à laisser s'aggraver la cachexie. Dans quelques cas, les tumeurs axillaires ont disparu spontanément. C'est ce qui est arrivé à une jeune femme de dix-huit ans à qui M. Robert enleva un cancer du sein en laissant des ganglions axillaires, qui étaient complétement disparus six mois après la guérison de la plaie. Au bout de deux ans, il se développa de nouveau un petit ganglion axillaire que M. Robert enleva. Depuis un an il y a une nouvelle récidive, qu'il a dessein d'opérer encore.

M. CLOQUET demande qu'on mette à l'ordre du jour d'une autre séance la question de l'extirpation des ganglions engorgés au voisinage des cancers.

M. HUGUIER demande que la question qu'il avait soulevée sur la théorie de la formation du cal soit également remise à l'ordre du jour.

CORRESPONDANCE.

M. RICHARD écrit à M. le président pour l'informer que ses occupations ne lui permettant pas d'assister d'une manière régulière aux séances, il prie la Société d'accepter sa démission de secrétaire.

M. LE PRÉSIDENT annonce que dans la prochaine séance la Société aura à nommer un nouveau secrétaire.

— M. MARJOLIN dépose ensuite sur le bureau un registre renfermant le relevé complet qu'il a fait de tous les travaux adressés à la Société depuis 1843. Ce travail, qui comprend en outre toutes les commissions nommées pour en rendre compte, a permis de noter un certain nombre de rapports arriérés, et qu'il serait urgent de terminer promptement dans l'intérêt des auteurs.

Après cette communication, M. le président invite les rapporteurs des commissions à vouloir bien répondre aux lettres qui leur seront adressées d'ici à peu par M. le secrétaire général.

— M. le docteur Goyrand (d'Aix), membre correspondant de la Société, adresse un mémoire intitulé *Études sur les tumeurs adénoïdes du sein*. Vu l'heure avancée, la lecture de ce travail est renvoyée à la prochaine séance.

— M. le docteur Ancelet (de Vailly-sur-Aisne) adresse une observation d'ossifications développées en avant des deux ligaments rotuliens. Rapporteur, M. Verneuil.

— M. le docteur Denucé, professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant, et à l'appui de sa candidature adresse quatre mémoires ou observations.

Mémoire sur un procédé nouveau de résection dans les fractures non consolidées ;

Observation d'anévrisme de l'artère humérale traité par la compression ; guérison après deux heures et demie de compression totale ;

Ablation de la presque totalité du maxillaire inférieur , l'ensemble formant une tumeur de près de deux livres ;

Observation de luxation du coude, incomplète en dedans. Commission, MM. Michon, Monod, Broca.

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

Opération de rhino-blépharoplastie, par le docteur Bonnafont.

Mémoire sur l'emploi du séton filiforme dans le traitement des tumeurs abcédées en général, par le docteur Bonnafont.

Histoire anatomico-pathologique des kystes, par le docteur Bauchet.

De la nécrose causée par le phosphore, par le docteur Trélat.

Des remercîments sont adressés aux auteurs de ces envois.

Lipomes symétriques des deux jarrets, se comportant à la manière des hernies. — Abcès moniliforme simulant un lipome. — M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai soumis à l'examen de la Société, dans la séance du 9 septembre, un malade affecté de plusieurs tumeurs de nature diverse et toutes d'une apparence très-insidieuse. Leurs caractères insolites et les difficultés sérieuses qu'elles offraient au diagnostic me font espérer que l'observation ne sera pas lue sans intérêt. Je l'ai recueillie à l'hôpital Necker, où je remplaçais pendant quelques jours M. Depaul, chargé lui-même temporairement du service de M. Lenoir.

Je reçus ce malade à la consultation le 29 août; il fut placé salle Saint Pierre, 18. Nicolas Grassard, âgé de trente-six ans, est d'une faible constitution, sans embonpoint notable. Il exerce le métier de tisseur ; mais c'est un ancien militaire, qui a été traité à l'hôpital du Gros-Caillou pour deux blennorrhagies, un chancre, des bubons, des maux de gorge, etc.

Il était déjà entré deux fois cette année à Necker ; la première, pour un abcès de la jambe droite, qui donna issue à du pus sanguinolent et qui le retint dans les salles du 25 février au 6 mars ; la seconde fois, il entra le 24 avril suivant pour des abcès froids du cou, dont les ouvertures, pratiquées avec le bistouri, sont restées fistuleuses jusqu'à ce jour. Ajoutons qu'il a eu trois hémoptysies, et qu'on entend des craquements humides au sommet des deux poumons.

A mon premier examen, comme plus tard du reste, il se plaignit uniquement de douleurs qu'il éprouvait depuis quatre mois à la partie moyenne et postérieure de la cuisse droite, douleurs quelquefois lancinantes, mais assez peu vives pour lui permettre de vaquer à ses occupations. On trouve, en effet, dans cette région, une tumeur de la largeur, de la longueur, et presque de la forme du doigt, dont elle rappelle jusqu'à un certain point les saillies, par ses renflements moliniformes. Son axe est parallèle à celui du membre. Cette tumeur, avec ses renflements en chapelet, pourrait en imposer pour un lipome ; mais la fluctuation en est assez nette pour me faire diagnostiquer un abcès. Je fis l'incision, et il sortit en effet du pus phlegmoneux. Elle s'était développée peu à peu.

L'intérêt de cet abcès réside surtout dans sa forme allongée et moniliforme et dans sa ressemblance avec un lipome.

C'est en examinant cette tumeur que j'en découvris deux autres situées dans les jarrets, et dont le malade ne soupçonnait pas l'existence. Elles me frappèrent pendant les mouvements que le malade, couché sur le ventre, exécutait pour se placer dans une attitude favorable à l'exploration.

A environ 2 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire, à la partie moyenne, surgit pendant la contraction des muscles une tumeur qui disparaît si complétement dans le repos, qu'on n'en soupçonnerait pas l'existence.

Elles se dessinent de chaque côté en dedans du tendon le plus postérieur de la patte d'oie, sans changement de couleur à la peau. Elles sont du volume d'un œuf, molles en apparence, assez nettement circonscrites ; mais leur principal caractère est de se montrer pendant la contraction des muscles, et de disparaître subitement dès qu'elle cesse. Elles s'évanouissent également sous le doigt qui les explore, par l'impossibilité où se trouve le malade de se maintenir dans la situation fixe qui la met en relief. Ces tumeurs, en se dérobant ainsi au toucher, se prêtent mal à l'examen et ne donnent qu'une sensation vague de fluctuation. Une fois affaissées, elles offrent une fausse fluctuation.

Explorée en travers, pendant la contraction musculaire, c'est-à-dire au moment où elles se prononcent à l'extérieur, on ne trouve point d'inégalités sensibles à leur surface; mais pendant le relâchement musculaire ou pendant l'affaissement des tumeurs, on en constate nettement la configuration lobulée. Cette sensation de lobules qu'on percevait au doigt rappelait assez bien celle que donnent les éraillures comme réticulées des aponévroses distendues par certains abcès froids de la cuisse; mais le doigt trouve inscrite dans cette apparence de lacune une petite tumeur lobulée. J'annonçai un lipome, et une ponction exploratrice faite avec un bistouri à lame étroite jusqu'au centre de la tumeur — car une seule dut fournir ce complément de diagnostic — ne donna effectivement issue qu'à de petits globules graisseux.

Ces deux tumeurs, avons-nous dit, paraissaient assez nettement circonscrites; elles l'étaient en effet, excepté en haut. Il y avait là une disposition extrêmement curieuse, sur laquelle nous devons revenir. Une traînée lipomateuse en forme de queue de comète, émanée de la portion supérieure de chacune de ces tumeurs, croise en dedans le tendon du demi-membraneux, et remonte jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, où elle se termine insensiblement. Cette traînée triangulaire, à base inférieure, présente, en bas, une largeur de trois doigts et l'épaisseur d'un centimètre environ; elle va en s'amoindrissant à mesure qu'elle s'élève. On sent très-bien les lobules lipomateux de cette traînée sous-cutanée, surtout pendant la contraction des muscles, ainsi que M. Michon et plusieurs autres de nos collègues ont pu s'en assurer.

Pour donner une idée de la difficulté du diagnostic, je dois rappeler que la plupart des membres de la Société qui ont examiné ces tumeurs y ont cru reconnaître les caractères des kystes, erreur sans nul doute imputable tout entière à la rapidité de l'exploration, mais qui n'en montre pas moins ce qu'il y avait d'insidieux dans cette forme insolite de l'affection.

N'y a-t-il pas aussi quelque chose de bien insolite dans ces lipomes qui se comportent à la manière des hernies? Ils entreront dans un travail sur le diagnostic de certaines tumeurs; travail que j'espère bientôt soumettre à la Société.

Ces deux lipomes, étant encore peu volumineux et ne causant aucune gêne, ont dû être respectés.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Lipome en nappe. — M. HUGUIER présente un lipome qu'il a en-

levé dernièrement, et donne à ce sujet les détails suivants : La malade est une jeune fille de vingt-deux ans, qui depuis trois ans éprouvait des douleurs violentes à la partie interne de la cuisse, du genou et de la jambe, lorsque parurent dans ce point deux tumeurs molles situées l'une au-dessus de l'autre. On diagnostiqua des abcès suite d'affection des os, et on fit des onctions avec la teinture d'iode sans résultat.

Ces tumeurs, qui par leur réunion n'en formaient plus qu'une, lorsque M. Huguier les observa, étaient souples, douces au toucher, avec quelques points résistants ; elles étaient très-douloureuses à la moindre pression.

Le diagnostic était difficile ; cependant M. Huguier s'arrêta à l'idée d'un lipome en nappe, et se décida à l'enlever.

L'extirpation fut pratiquée au moyen d'une incision longitudinale.

Sur la pièce présentée, on reconnaît une plaque lipomateuse de 1 centimètre environ d'épaisseur, sur 15 centimètres de long, ressemblant à une portion d'épiploon herniée.

Cancer de l'œil. — M. HUGUIER présente encore une tumeur de l'œil. Le malade est un cuisinier âgé de cinquante-deux ans, qui attribue l'origine de sa maladie à un fragment de charbon allumé qu'il a reçu dans l'œil et à plusieurs chocs sur cet organe. Il y a un an environ qu'une tumeur commença à faire saillie par une ouverture de la sclérotique. M. Huguier trouva l'œil malade doublé de volume, sans bosselures, et présentant une tumeur noire de la grosseur d'une noisette, qui écartait les paupières. Il n'y avait pas d'altération de l'iris ; la vue était abolie. M. Huguier pensa que la tumeur s'était formée aux dépens de la choroïde. En effet, la rétine avait disparu, et la tumeur qui remplissait le globe de l'œil et avait éraillé la sclérotique était formée par la choroïde dégénérée, dans laquelle le microscope a démontré des globules cancéreux.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN rapporte qu'il a enlevé deux lipomes datant de la naissance, sur deux enfants habitant la même ville. L'un des malades avait un an et demi ; sa tumeur s'étendait depuis la nuque jusqu'au sacrum. L'autre avait quatre ans ; sa tumeur était un peu moins grosse.

— M. FORGET, pour répondre à une question d'étiologie qu'a soulevée dans la dernière séance la présentation faite par M. Maisonneuve d'une portion de l'os maxillaire inférieur qu'il a jugé indispensable de désarticuler, dit qu'il a examiné de nouveau cette pièce anatomique fort intéressante, et qu'après cet examen il ne doute pas que la dent de sagesse n'ait été le point de départ de la maladie.

Cette dent, incluse dans la base de l'apophyse coronoïde, dépasse à peine de 1 millimètre les bords osseux de l'alvéole large et profonde qu'elle a dû s'y creuser pour acquérir son développement. De plus, elle appuie par la partie antérieure de sa conronne contre le collet de la dent molaire sa voisine ; si bien que pour prendre rang dans l'arcade alvéolaire et pousser verticalement, elle tendait, par une pression incessante, à entraîner cette dent molaire.

Une coupe passant sous le canal dentaire ainsi ouvert par sa paroi inférieure, a montré qu'il existait une communication entre lui et l'alvéole de la dent de sagesse, dont la racine antérieure s'y engageait par une perforation très-évidente.

On peut voir en outre que les racines de la dent de sagesse sont tronquées à leurs extrémités, et que le canal qui les parcourt offre une dilatation insolite en même temps qu'une coloration d'un brun grisâtre qui ne laisse aucun doute sur l'altération de structure des éléments dentaires.

Ces détails anatomiques, rapprochés de l'étude symptomatique de la maladie, sont de nature à justifier le rôle que j'ai assigné à l'anomalie de position et de développement de cette dent dans la détermination du fait pathologique.

Le malade, en effet, a été pendant longtemps sujet à des névralgies dentaires très-aiguës qui répondaient aux alvéoles des dents seconde molaire et de sagesse.

C'est au niveau de celle-ci et dans la circonscription de l'angle de l'os maxillaire et de la base de l'apophyse coronoïde que l'ostéite et le gonflement des parties molles ont paru d'abord, et que la condensation hypertrophique des éléments osseux s'observe dans les proportions les plus considérables.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 18 novembre 1857.

Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur de la partie supérieure du bras. — M. MARJOLIN présente un malade au nom de M. Michon, qui demande l'avis de la Société sur le traitement à suivre.

Ce malade est natif du Morvan, âgé de vingt-cinq ans ; sa maladie

a débuté, au mois de février 1857, par de petites douleurs dans l'aisselle avec engourdissement du membre. Il n'y avait pas à ce moment de tumeur apparente. Dans le courant du mois de mars, la tumeur a commencé à être visible. A la fin de ce même mois, elle avait acquis le volume d'un œuf de pintade. Jusqu'au mois d'août, les douleurs ont été insignifiantes. Depuis cette époque, le sommeil est souvent troublé par des élancements. Néanmoins le malade n'a cessé de travailler aux champs que pour entrer à l'hôpital il y a quinze jours.

La santé générale est bonne ; le malade, sans être maigre, a cependant perdu 16 livres de son poids.

La limite supérieure de la tumeur du côté de l'aisselle ne peut être atteinte; pas de bruit de souffle à l'auscultation.

Depuis deux mois, la main est dans la flexion et ne peut être relevée spontanément par suite de la paralysie du nerf radial.

La tumeur, de nature encéphaloïde, présente une fausse fluctuation due au ramollissement du tissu malade. Une ponction capillaire n'a donné que du sang.

Eléphantiasis des doigts. — M. GUERSANT présente un petit malade qu'il a déjà fait voir à la Société avant de l'opérer. C'est un enfant qui avait une hypertrophie éléphantiasique des doigts annulaire et auriculaire.

L'opération a été pratiquée; le cinquième métacarpien a été désarticulé et le quatrième amputé dans sa continuité; le malade est guéri. M. Guersant présente en même temps le moule en plâtre de la main malade et les doigts enlevés.

M. CHASSAIGNAC fait observer que l'hypertrophie ne porte pas seulement sur le tissu cellulaire, mais aussi sur les os ; il ne croit pas qu'il en soit ainsi dans l'éléphantiasis. L'hypertrophie du malade de M. Guersant ne devrait donc pas être appelée éléphantiasique.

M. HOUEL répond à M. Chassaignac qu'il existe dans le Musée Dupuytren plusieurs pièces d'éléphantiasis des jambes avec hypertrophie des os. Sur l'une de ces pièces, le péroné a acquis le volume d'un tibia, et le tibia s'est développé proportionnellement.

M. CHASSAIGNAC voudrait savoir si dans ces cas l'hypertrophie a porté sur la longueur des os aussi bien que sur leur épaisseur, comme cela a lieu dans la pièce présentée par M. Guersant.

M. HOUEL n'a pas trouvé cet accroissement de longueur sur la plupart des pièces, parce qu'elles proviennent d'adultes; mais sur plusieurs pièces recueillies sur des enfants, l'accroissement s'est fait en longueur aussi bien qu'en épaisseur.

Amputation des deux jambes au lieu d'élection. — M. LARREY présente un ancien soldat du 7e de ligne, nommé Périer, qui, ayant eu le scorbut en Crimée vers la fin de 1855, fut atteint plus tard aux deux jambes des manifestations du même mal, sous forme d'ecchymoses d'abord et ensuite de vastes ulcérations. Tous les soins, tous les pansements ne purent enrayer les progrès du scorbut local, et trois mois après, dans le courant d'avril 1856, les deux articulations tibio-tarsiennes envahies furent largement ouvertes. L'amputation partielle des deux pieds (nous n'avons pu savoir laquelle) fut pratiquée du côté gauche le 11 avril, du côté droit deux jours après. Le chloroforme ne put être employé en raison de l'état de faiblesse du malade.

Quinze jours après, la gangrène, ou plus probablement la pourriture d'hôpital, frappa les deux moignons et dénuda l'extrémité inférieure des os de chaque jambe. C'est alors que la double amputation secondaire fut faite dans le lieu d'élection ou au-dessous du genou, le même jour, 11 mai, par la méthode circulaire et à l'aide du chloroforme. La réunion immédiate fut tentée sans succès, mais la cicatrisation s'effectua cependant d'une manière parfaite après une suppuration assez prolongée d'un côté.

L'amputé fut évacué sur la France, au mois de juillet, avant que la cicatrice fût définitive. La pourriture d hôpital envahit même le moignon de ce côté, mais enfin la cautérisation avec le fer rouge assura complétement la guérison au mois d'octobre.

Les deux moignons offrent aujourd'hui les meilleures conditions de forme, de cicatrice et de mobilité articulaire. Ils n'ont plus besoin que d'exercice et de sustentation par les moyens de prothèse convenable, et déjà l'amputé marche aisément avec une simple canne.

M. Larrey, en présentant ce fait, le croit utile à la question qui a souvent déjà préoccupé la Société sur les amputations de la jambe, ne fût-ce que pour le comparer au cas si malheureux montré par lui autrefois d'un Arabe aussi amputé des deux jambes en Crimée, mais au-dessus des malléoles, et qui n'avait pu encore marcher trois ans après cette double amputation, malgré les jambes artificielles les mieux faites.

M. VERNEUIL trouve dans ce fait un exemple de plus à opposer à ceux qui prétendent qu'après l'amputation des deux jambes au tiers supérieur, on ne peut marcher sans béquilles.

M. CHASSAIGNAC ne voit pas quelles conséquences on pourrait tirer de ce fait pour la question des deux méthodes d'amputation de jambe.

Le principal argument en faveur de l'amputation sus-malléolaire, c'est qu'on perd beaucoup plus de malades après l'amputation au tiers supérieur du membre; et dans le cas présent, bien que l'amputation sus-malléolaire semble avoir été possible, on ne l'a pas faite.

M. LARREY répond que la pourriture d'hôpital s'était étendue jusqu'à la partie inférieure de la jambe, et que sans doute l'amputation sus-malléolaire était impossible. Cet homme a supporté sans aucun accident deux amputations de jambes au lieu d'élection, n'en aurait-il pas eu davantage après l'amputation sus-malléolaire ? On ne peut le dire. Mais M Larrey fait observer que les amputations des pieds ont été suivies d'accidents graves.

M. GIRALDÈS pense comme M. Chassaignac que ce fait ne peut être invoqué ni pour ni contre l'amputation au lieu d'élection ou à la partie inférieure de la jambe.

Les accidents qui ont suivi les amputations des pieds lui paraissent dus à ce qu'on avait coupé dans un point où les tissus étaient atteints par la pourriture. Si cette blessure avait eu lieu au bas de la jambe, l'amputation au lieu d'élection, se trouvant faite dans des tissus altérés, n'aurait probablement pas mieux réussi.

M. LARREY déclare qu'il n'a pas voulu établir une comparaison entre les deux opérations, mais seulement fournir un des éléments de la question.

M. DEGUISE présente le sujet de l'observation suivante au nom de M. Bernard (de Moulins) :

M. Orset, hussard au 8e, a reçu un coup de pointe de sabre qui a traversé le bras et lésé l'artère brachiale.

On a arrêté au moment de la blessure l'hémorrhagie par la compression. Une tumeur avec pulsation s'est manifestée; elle a augmenté progressivement. Cinquante-neuf jours après, la ligature a été pratiquée par M. Bernard, les pulsations ont cessé, mais la tumeur a persisté et s'est même accrue. Le fil de la ligature est tombé le treizième jour.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. MAISONNEUVE, à l'occasion du procès-verbal, annonce qu'il a dans son service une malade qui est atteinte d'une perforation des parois de la poitrine, à la suite de la cautérisation d'un cancer du sein. En enlevant l'eschare, il s'aperçut qu'il y avait à la face profonde une petite saillie qui pénétrait dans la cavité pleurale. Il boucha l'ouverture qui en résultait avec son doigt, puis avec du diachylon, et il n'en

résulta aucun accident. Il se demande si cette perforation est le résultat de l'action du caustique ou d'un prolongement de la masse cancéreuse. Cette dernière supposition lui semble la plus probable.

M. MOREL-LAVALLÉE demande s'il n'y avait pas dans le point attaqué des adhérences qui expliqueraient l'absence d'accidents.

M. MAISONNEUVE répond qu'il n'y avait pas d'adhérences, car il fut prévenu de l'accident par le sifflement dû à l'entrée de l'air.

M. HUGUIER fait observer que si la tumeur avait son siége au niveau des quatrième et cinquième espaces interosseux, la tumeur pour arriver à la plèvre aurait traversé le grand pectoral et les muscles intercostaux, ainsi que leurs aponévroses. Cela ne se voit guère dans les tumeurs cancéreuses, et il est plutôt à croire que la perforation est due au caustique.

M. GIRALDÈS. On a reproché au procédé et au caustique du docteur Tell d'aller plus loin qu'on ne le voudrait; on a dit que dans quelques cas cet agent avait détruit avec les parties malades les tissus sains de la région; les parois de l'abdomen et de la poitrine ont été entamées et perforées. Le docteur Tell a nié une partie de ces faits, mais il avoue que, dans trois cas de tumeurs adhérentes de la mamelle, les parois de la poitrine, y compris les côtes correspondantes, ont été détruites par le caustique, et que la plèvre pulmonaire, dans un cas, a été mise complétement à découvert. Malgré ces larges ouvertures, suivant le dire de ce praticien, les choses ont marché parfaitement bien.

M. VERNEUIL remercie M. Maisonneuve d'avoir communiqué ce fait. La perforation ne peut être due à un prolongement de la tumeur, car on l'aurait trouvée à la face profonde de l'eschare. Il est donc prouvé que l'action du caustique peut aller plus loin qu'on ne veut, et on ne peut admettre la possibilité d'une limitation exacte de l'eschare. Dans le cas où la cautérisation serait admise, il faudrait chercher si le galvano-caustique ne fournirait pas un moyen plus sûr que les caustiques.

M. DEMARQUAY lit la note suivante :

« Messieurs,

» De tout temps on a cherché à détruire les tumeurs de mauvaise nature par l'application des caustiques. Depuis quinze ans que M. Manec a eu recours à ces agents pour détruire certaines tumeurs cancéreuses, beaucoup de chirurgiens ont eu recours aux mêmes moyens, ou à d'autres plus actifs encore. Il ne s'agit donc point, à mon sens,

de démontrer la puissance des agents cautérisateurs, mais bien d'établir les indications de leur application, et le choix qu'on doit en faire. Un fait qui a dû frapper tous les praticiens, c'est celui-ci : les tumeurs le plus généralement traitées par les caustiques sont les tumeurs du sein. Il y a à cela deux raisons : la première, c'est qu'il n'y a point de régions de l'économie où l'on rencontre plus de tumeurs bénignes que dans celle-là, et partant, où l'on puisse obtenir plus de succès ; la seconde, c'est que là, plus que partout ailleurs, le médicastre se trouve le mieux à l'abri des hémorrhagies consécutives.

» Un fait qui m'a encore frappé, et sur lequel j'appelle votre attention, est celui-ci : La plupart des médicastres qui ont recours aux caustiques pour détruire les tumeurs mammaires, qui sont toujours pour eux des tumeurs, montrent aux malheureuses malades qui se présentent à eux une longue liste sur laquelle se trouvent inscrites bon nombre de nos opérées devenues incurables par nos opérations, et toujours guéries par eux. Ne pouvant détourner une de mes pauvres malades de se livrer à des mains ignorantes et cupides, je l'ai priée de me faire voir cette fameuse liste de succès qui avait tant frappé son imagination. J'y ai trouvé, vous le pensez bien, la démonstration la plus évidente de l'impuissance de la plupart de nos collègues à guérir les tumeurs du sein par l'instrument tranchant, et la mienne, bien entendu, en particulier.

» Mais, hélas ! quand j'ai voulu constater la guérison de ma pauvre malade, plusieurs fois opérée par moi, et, suivant la liste, guérie par les caustiques, j'ai appris qu'elle était morte des suites fâcheuses des applications de ces agents destructeurs, et peu de jours après cette constatation, ma malheureuse malade, qui n'avait point voulu suivre les sages avis que nous lui avions donnés, mourait littéralement de douleur à la suite d'une application formidable de l'agent cautérisateur. Vous le voyez, il n'importe pas de démontrer, par la présentation d'une pièce, la puissance des agents caustiques, mais bien d'indiquer l'opportunité de leur application, leur efficacité, et surtout leur innocuité.

» M. Manec, qui s'est tant occupé de ce sujet, et dont les idées sont résumées dans le livre de M. Velpeau sur les tumeurs du sein, n'a recours aux caustiques que pour détruire les tumeurs cancéreuses superficielles, en nappe, et ne présentant point une grande étendue. Certainement on peut détruire, comme l'a fait M. Maisonneuve, de volumineuses tumeurs par de larges applications de caustiques. Mais alors vous privez, comme cela a été dit ici, de malheureuses malades des

bénéfices du chloroforme, vous leur faites subir d'horribles douleurs, et sans aucun profit, car il n'est nullement démontré que la récidive soit moins fréquente par les opérations faites de cette manière, que lorsque vous vous servez du bistouri. Et qu'on ne dise pas que les malades ne souffrent pas par l'application des caustiques ; toutes celles que j'ai vu opérer ou que j'ai opérées moi-même ont toutes énormément souffert.

» Je rejette donc la destruction des tumeurs du sein un peu volumineuses par les caustiques, le bistouri dans ce cas me paraissant plus sûr et infiniment moins douloureux ; et, pour mon compte, je n'ai recours au chlorure de zinc ou à la pâte de frère Côme, ou à la poudre de Vienne, que dans les cancers superficiels, ou aux récidives bien limitées de cancers opérés par le bistouri, ou encore dans les cancers cutanés, etc. En effet, comment admettre qu'en dehors de ces conditions on puisse sagement recourir aux caustiques comme agents destructeurs de tumeurs de mauvaise nature ?

» Ainsi, on ne peut admettre rationnellement l'application des caustiques dans certaines régions où on rencontre un grand nombre de vaisseaux et de nerfs importants ; là, en effet, il y a un danger imminent pour le malade, puisqu'on ne peut point limiter l'action de l'agent destructeur et que l'on n'est point sûr de ne pas ouvrir une veine, une artère, ou de détruire un nerf plus ou moins important. Et que l'on ne croie pas que ces agents ne causent pas d'hémorrhagie ; car, au début de mes études, j'ai vu une malade de Blandin opérée d'une tumeur du sein se dirigeant vers l'aisselle, par le caustique de Canquoin, donner une grave hémorrhagie. Une pauvre malade que j'ai opérée sous les yeux de M. Monod par la poudre de frère Côme, et sans succès, a beaucoup souffert, et de plus elle a eu une hémorrhagie. Ce que je viens de dire des tumeurs situées dans des régions dangereuses, comme les appelait Paré, je le dirai pour les tumeurs profondément placées au milieu des masses musculaires.

» Maintenant, doit-on recourir aux caustiques potentiels pour détruire les tumeurs profondément placées dans des cavités muqueuses ? Je ne le pense pas ; ils sont le plus souvent inefficaces et souvent dangereux. La plupart de ces tumeurs sont inopérables, et, quand elles le sont, le chirurgien en triomphe bien mieux soit par le bistouri, soit par l'application de l'écraseur linéaire, qui rend dans ces circonstances de si grands services aux chirurgiens et aux malades.

» Nous voyons depuis longtemps annoncer la destruction d'un certain nombre de tumeurs par l'application de divers agents qui n'expo-

sent, dit-on, à aucun danger. Jo voudrais bien qu'il en fût ainsi; mais combien de fois n'ai-je point vu avec M. Monod de malheureuses victimes de ces annonces trompeuses ! Cette année même, j'ai vu dans le service de ce chirurgien deux malheureux opérés de la sorte, l'un d'une tumeur fort petite qu'il portait à la tête; il a failli mourir d'érysipèle. Un autre, traité par un médecin qui se dit spécialiste d'un bourrelet hémorrhoïdaire par l'application d'un caustique liquide, a éprouvé des douleurs atroces que rien ne put calmer pendant sept à huit jours. Lorsque j'étais interne de Breschet, j'ai vu un de nos honorables collègues, à cette époque chirurgien du Bureau central, cautériser avec le caustique Filhos une petite surface ulcérée située à l'entrée de l'anus. Cette cautérisation, faite avec habileté, amena des accidents formidables, et la mort en peu de jours. A l'autopsie, nous trouvâmes une nappe de pus qui s'étendait sous le péritoine depuis l'anus jusqu'au diaphragme.

» Je me résume en disant de nouveau : Ce qu'il faut démontrer, ce n'est pas la puissance des agents cautérisateurs, mais bien déterminer les indications que l'on croit nouvelles. M. Maisonneuve peut ici, s'il le veut, apporter le produit de son expérience et éclairer la question. »

M. GIRALDÈS reproche à M. Demarquay de n'avoir pas conclu, et soutient qu'aucun chirurgien instruit ne croit guérir la diathèse cancéreuse par le caustique. La question est une question d'indication. Il s'agit de savoir si, par l'emploi du caustique, il y a moins d'accidents que par l'instrument tranchant; M. Demarquay n'en a pas parlé.

M. VOILLEMIER demande la parole pour une question d'ordre. Il montre que la discussion est déplacée; la lecture de M. Demarquay n'a pas de rapport à la question primitive, ni à celle de l'extirpation des ganglions.

M. CHASSAIGNAC trouve que M. Demarquay s'est prononcé d'une manière positive contre l'emploi des caustiques dans le cas de tumeurs profondes, où on serait exposé à ouvrir les cavités splanchniques. La note de M. Demarquay renferme des faits importants, entre autres sur le danger des cautérisations légères.

M. FORGET regrette que le terrain de la discussion n'ait pas été bien précisé; dans une question de l'importance de celle qui occupe la Société de chirurgie, il est indispensable de savoir sur quoi porte le débat.

L'incertitude à cet égard provient de la manière dont la discussion a été engagée; dès l'origine de celle-ci on n'a pas su quel était son objet, et M. Maisonneuve lui seul est en position de l'indiquer.

En nous présentant une tumeur mammaire enlevée par les caustiques, quel but s'est-il proposé ?

Pour ma part, en voyant un chirurgien qui, comme lui, manie le bistouri avec non moins d'audace que d'habileté, renoncer à cette médecine opératoire traditionnelle, c'est-à-dire celle que nous pratiquons la plupart, pour lui substituer l'emploi des caustiques dans le traitement des tumeurs cancéreuses du sein, j'ai supposé que notre collègue avait des motifs puissants pour agir ainsi.

Ce sont ces motifs que nous devons connaître, si nous voulons que la discussion soit continuée utilement.

Que notre collègue veuille donc nous les dire.

En adoptant les caustiques pour le bistouri, a-t-il cédé à une conviction basée sur l'enseignement clinique?

Les opérations ainsi faites ont-elles des suites plus heureuses ? Les accidents qui les compliquent, tels que l'érysipèle, l'hémorrhagie, l'infection purulente, sont-ils moins à redouter ? Enfin, la récidive des cancers est-elle plus rare ?

Que M. Maisonneuve nous fasse connaître ce que l'expérience lui a appris à cet égard ; qu'il produise les faits qu'il possède, et prenant ceux-ci pour base, la discussion ainsi pourra suivre son cours sans être exposée à s'égarer.

M. MAISONNEUVE a voulu seulement montrer la puissance des caustiques maniés d'une certaine façon. Jusqu'à M. Girouard, on cautérisait de l'extérieur à l'intérieur ; il en résultait des douleurs atroces, et on n'était pas à l'abri des hémorrhagies. Le nouveau procédé permet de pénétrer d'emblée jusqu'à la base de la tumeur, qui tombe en quelques jours. La douleur dure cinq à six heures. Le caustique met à l'abri des hémorrhagies ; à la suite de son action il n'y a ni fièvre ni accidents à craindre. Ce procédé mérite l'attention des chirurgiens, et M. Maisonneuve a voulu le signaler. Il n'a pas encore d'opinion arrêtée ; mais il comprend la réaction contre le bistouri, à cause des accidents qu'il occasionne. Avec le caustique, au contraire, on n'a pas d'inquiétudes.

M. Maisonneuve a enlevé des tumeurs énormes du sein, du cou, de la face, le pharynx a été ouvert dans un cas, et il n'y a jamais eu d'accidents dépendant de l'opération. Il est convaincu que le caustique met à l'abri de beaucoup d'accidents.

M. FOLLIN ne trouve pas dans la puissance des caustiques une raison suffisante à la présentation de M. Maisonneuve. Quant à la nouveauté du procédé, elle n'est pas exacte, puisque M. Girouard l'emploie de-

puis quatre ans. Ce chirurgien, en effet, applique le caustique comme M. Maisonneuve; seulement il commence par détruire la peau au moyen du caustique de Vienne. Quant à la durée, la destruction n'est pas toujours aussi rapide que l'a dit M. Maisonneuve. Une ablation de tumeur pratiquée par M. Girouard dura dix-sept jours, et la malade mourut épuisée par la suppuration. M. Follin a eu des réussites, mais il a eu aussi des accidents. Dans un cas, il y a eu érysipèle et infection putride. Enfin, pour ce qui est des hémorrhagies, M. Follin croit que le caustique en met à l'abri lorsqu'il n'y a que de petites artères divisées, mais non pas lorsqu'il y en a de grosses. M. Girouard n'a pas eu d'hémorrhagies en attaquant par les flèches caustiques la carotide des moutons; mais tout le monde sait quelles sont, sous ce rapport, les différences entre ces animaux et l'homme.

M. VOILLEMIER. Si ce que dit M. Maisonneuve était réel, il faudrait convenir qu'on a été bien injuste envers M. le docteur Canquoin. Ce ne serait rien moins qu'un grand praticien dont la découverte est destinée à changer la face de la chirurgie. M. Landolfi et bien d'autres devront partager avec lui cette gloire, que pour mon compte je ne leur envie point. Mais je crois que notre collègue s'est singulièrement exagéré les avantages et surtout l'innocuité de la cautérisation. Déjà M. Follin vous a cité des faits qui lui sont propres, et dans lesquels il a vu la cautérisation suivie d'érysipèle, d'accidents graves et de mort. J'entends M. Maisonneuve attribuer ces accidents à la manière dont les caustiques ont été employés; mais la cautérisation n'est pas chose si difficile à faire, et je suis certain qu'elle a été bien faite. En tout cas, ces observations prouvent que la cautérisation ne met pas d'une manière absolue à l'abri des accidents communs aux plaies.

Quant à l'infection purulente en particulier, l'observe-t-on à la suite d'ablation de tumeurs limitées du sein? Sans doute elle peut se rencontrer; mais pourquoi les plaies que M. Maisonneuve pratique à la base de la tumeur cancéreuse en seraient-elles exemptes? C'est, nous dit-il, que ces plaies ne sont pas des plaies comme les autres, que leur surface a été profondément modifiée par la cautérisation, que la cautérisation suffit pour prévenir l'infection purulente. Alors, pourquoi ces plaies multiples? Pourquoi attendre pendant neuf jours que la tumeur veuille bien tomber? Ne vaut-il pas mieux l'enlever d'un seul coup, quitte à cautériser la plaie avec le chlorure de zinc en pâte ou en solution? Ce procédé serait infiniment préférable sous tous les rapports.

Je ne dirai qu'un mot sur la possibilité des hémorrhagies, parce

qu'on est revenu sur ce point. Mais quel est le chirurgien qui redoute les hémorrhagies après avoir enlevé une tumeur limitée du sein? Les vaisseaux divisés ont souvent si peu de volume qu'on néglige de les lier, et, s'il faut recourir à quelque ligature, c'est la chose du monde la plus simple.

J'insisterai davantage sur deux autres points. M. Maisonneuve a dit que sa malade n'avait pas souffert plus de six heures. Six heures! N'est-ce donc rien? Et je puis assurer, parce que j'ai vu, que six heures de douleurs ne sont pas l'ordinaire; qu'elles se prolongent le plus souvent pendant assez longtemps pour être redoutables. N'est-ce pas singulier que l'on compte ces douleurs pour si peu de chose à une époque où tous nos efforts tendent à les épargner aux malades, et quand la chirurgie s'enorgueillit avec raison de la découverte du chloroforme?

Dans la dernière séance, j'avais parlé de la difficulté de limiter l'action des caustiques; et le fait dont vous a parlé M. Maisonneuve en est une preuve éclatante. Chez une de ses malades qu'il avait opérée d'un cancer du sein par la cautérisation, il a vu, à la suite de la chute de la tumeur, la poitrine ouverte. Il a demandé si cette ouverture était due à un prolongement de la tumeur ou à l'action des caustiques. Pour moi, le doute n'est pas possible. J'ai vu opérer bien des cancers du sein, et j'en ai moi-même opéré un bon nombre. Jamais je n'ai vu la tumeur envoyer de ces sortes de prolongements vers la cavité thoracique. Les plus bosselées à leur surface étaient encore aplaties à leur face profonde. Elles peuvent être adhérentes, intéresser les parois thoraciques; mais je n'en ai jamais vu envoyer dans la poitrine un prolongement isolé. L'ouverture de la poitrine a donc été produite par les caustiques. Notre collègue s'en est tiré avec bonheur. Dès qu'il eut constaté cette ouverture, il mit le doigt dessus et la boucha avec du diachylon; les choses se passèrent bien. Mais je puis dire, sans crainte d'être démenti, qu'il n'est pas ici un de nos collègues qui, dans un cas pareil, ne fût singulièrement inquiet pour les jours de la malade.

M. GOSSELIN. Je ne voyais pas bien le but et les résultats possibles de cette discussion, tant que M. Maisonneuve ne s'était pas expliqué sur sa présentation. Il me semblait, en effet, qu'en examinant d'une manière générale, comme on l'a fait jusqu'ici, la valeur comparative du traitement du cancer, et plus spécialement du cancer au sein, par le bistouri et les caustiques, nous n'avions rien de nouveau à signaler, et nous revenions sur des arguments connus et appréciés depuis longues années.

Maintenant que M. Maisonneuve a exposé ce qu'il y a de particulier dans la cautérisation par les flèches sous-cutanées, et les résultats avantageux que ce procédé lui paraît offrir sur le bistouri, le champ de la discussion me semble bien limité : il s'agit de savoir si la cautérisation, non pas considérée en général, mais par l'introduction des flèches, après incisions multiples, est préférable au bistouri dans le traitement des tumeurs cancéreuses du sein. J'ai écouté très-attentivement notre collègue, et je déclare qu'il n'a produit aucun argument sérieux, aucune considération de premier ordre en faveur de sa cautérisation, et que, pour la faire valoir, il a tout simplement exagéré les inconvénients du bistouri.

Ainsi, ce n'est pas sérieuseusement que M. Maisonneuve parle de ses craintes d'hémorrhagie. Je suis à cet égard de l'avis de M. Voillemier, et je crois qu'aucun des chirurgiens ici présents ne pourrait citer un exemple d'hémorrhagie mortelle à la suite d'une ablation de tumeur du sein. A défaut de ligature, le perchlorure de fer ne mettrait-il pas plus que jamais à l'abri de cet accident? M. Maisonneuve semble présenter les caustiques comme susceptibles de prévenir l'érysipèle. Mais ce n'est pas devant des chirurgiens praticiens, et qui comme nous ont eu des épidémies d'érysipèles, tant en ville que dans les hôpitaux, qu'on peut émettre une pareille opinion. La cause de l'érysipèle est indépendante du mode de production des solutions de continuité, et j'ai vu pour ma part cette maladie se produire trop souvent autour des cautères, ou à la suite de cautérisations variées par la pâte de Vienne ou les autres caustiques, pour ne pas déclarer que cette assertion est contraire aux résultats de l'observation clinique. J'en dirai autant de l'infection purulente. C'est une exagération que de la signaler comme fréquente à la suite de l'opération par l'instrument tranchant. Pour moi, je n'en ai pas d'exemple dans ma propre pratique ; si les autres en ont eu, ce sont des cas exceptionnels, et je soutiens que l'infection purulente n'est pas impossible non plus à la suite des suppurations données par les caustiques.

Si je n'ai trouvé dans l'exposé de M. Maisonneuve aucune considération importante en faveur des caustiques, je trouve aussi qu'il passe bien légèrement sur deux inconvénients de premier ordre, la possibilité d'atteindre la plèvre et surtout la douleur. Je suis convaincu que cette douleur se prolonge souvent plus de six heures, et que chez certains sujets elle est des plus cruelles. Le malade dont j'ai parlé à la Société, et auquel j'ai pratiqué la désarticulation de l'épaule, avait été soumis par M. Maisonneuve lui-même au traitement par les flèches

caustiques. Or, rien n'a été plus émouvant que de lui entendre raconter les horribles souffrances que ce moyen lui avait fait endurer, et le triste souvenir qu'il en a conservé.

En somme, je ne m'associe nullement aux opinions de M. Maisonneuve et de quelques chirurgiens modernes sur l'avenir des caustiques, et je continue à penser que, grâce aux anesthésiques, l'intérêt bien entendu des malades veut que l'opération par l'instrument tranchant soit la règle dans le traitement du cancer au sein.

Je n'admets en faveur des caustiques que des considérations de second ordre : ainsi ils sont une ressource précieuse lorsque les malades refusent à tout prix le bistouri, ou lorsqu'après deux ou plusieurs opérations sanglantes il n'est plus possible de leur offrir le même genre d'opération sans les exposer au découragement. Dans ces conditions, de même que dans les cas de cancers cutanés ou pour d'autres motifs, j'accepte et j'emploie volontiers cette méthode.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Albert Puech, chirurgien chef interne à l'Hôtel-Dieu de Toulon, adresse une observation de luxation externe incomplète du coude. (Renvoi à la commission chargée de rendre compte des autres travaux qu'il a adressés.)

— M. Bayard adresse une notice sur l'influence de la vaccine sur la population. (Rapporteur, M. Danyau.)

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Séance du 25 novembre 1857.

Présidence de M. BOUVIER.

M. HUGUIER présente un malade affecté d'un cancer de la langue. La tumeur, dont le début a été constaté il y a trois ans, fut enlevée une première fois par l'écrasement linéaire; mais il y a eu récidive, et M. Huguier hésite à se rendre aux sollicitations du malade, qui veut qu'on le soumette de nouveau à une opération.

M. RICHARD repousse toute opération dans ce cas, et généralisant sa pensée, il soutient qu'il n'existe pas dans la science un cas de guérison bien avéré des cancers qui siégent à la langue ou sur les parois de la

cavité bucchale. Chez tous les malades qu'il a opérés ou vu opérer, la récidive ne s'est jamais fait attendre plus d'une année.

M. HUGUIER n'admet pas la manière de voir de M. Richard. Chez un malade affecté d'un cancer épithélial de la langue, il scia l'os maxillaire inférieur pour opérer à ciel ouvert; après avoir enlevé la tumeur de la langue, il extirpa un ganglion sous-maxillaire induré, et ce n'est que trois ans et demi après que cet homme revint voir M. Huguier.

La récidive s'étant produite dans un ganglion lymphatique et non dans la langue, M. Huguier pense que la reproduction du cancer est due à sa coexistence dans le système lymphatique avant l'opération.

M. CHASSAIGNAC admet, comme M. Huguier, que si le cancer récidive, c'est qu'on enlève rarement tous les tissus envahis par la maladie. A l'appui de son opinion, il cite le fait d'un malade qui est resté guéri pendant sept ans et demi après l'opération.

Si la récidive, ajoute-t-il, était une contre-indication de l'opération, on n'opérerait plus de cancer.

M. RICHARD fait une exception pour le cancer des membres. Il pense que, par l'amputation, on peut guérir un bras ou une jambe affectés de cancer; tandis qu'il a juré de ne jamais toucher aux cancers de la langue et des os maxillaires.

M. LARREY considère aussi le cancer de la langue, sous quelque forme qu'il se présente, pourvu qu'il soit véritablement tel, comme le plus sujet à récidiver entre tous les cancers. Il en a observé un certain nombre, et de funestes résultats lui ont démontré que l'expectation, non pas inactive, mais aidée des soins palliatifs, prolonge en général l'existence des malades bien plus sûrement que les opérations chirurgicales les plus rationnelles en apparence, par l'emploi surtout des instruments tranchants. Il a eu occasion de communiquer à la Société deux ou trois faits qui tendent a démontrer cette proposition; le fait entre autres d'un ancien officier de santé militaire, atteint depuis fort longtemps d'un cancer ulcéré de la langue, demeuré à peu près stationnaire, et qui, ayant été opéré, succomba bientôt après aux accidents de la récidive.

Il croit avoir cité l'observation d'un officier vétérinaire, chez lequel un cancer induré ou squirrheux, loin de s'aggraver, s'est sensiblement amélioré par des moyens de traitement simple, sans que l'on pût attribuer la maladie à une cause syphilitique. Il a présenté, enfin, à la Société, la pièce anatomique d'un cancer encéphaloïde, compliqué de dégénérescences des ganglions sous-maxillaires, chez un colonel qui

serait probablement mort beaucoup plus tôt, si on l'eût opéré dans de telles conditions.

Ces observations et plusieurs autres sont rapportées du reste dans une bonne thèse soutenue, l'année dernière, par un élève de la Faculté de Paris, M. H. Robert, sur le *cancer de la langue*.

M. HUGUIER distingue le cancer épithélial de l'encéphaloïde relativement à la gravité. M. Larrey a, dit-il, parlé d'un cancer parenchymateux, dont la nature prédispose bien plus à la récidive que lorsqu'il s'agit d'un épithélioma.

Pour M. Richard, au contraire, la forme et les divisions des cancers sont chose indifférente, relativement aux tumeurs de la cavité buccale. Les cancers de la langue sont presque toujours des épithéliomas; dans un cas pourtant, il put constater l'existence d'un encéphaloïde, et bien contrairement à l'opinion généralement reçue, la récidive fut moins prompte qu'elle ne l'est ordinairement pour le cancer épithélial.

M. GIRALDÈS pense que M. Huguier se trompe en posant en principe que le cancer épithélial se concentre plus que l'encéphaloïde. Il résulte des recherches de Vanderkolch que c'est l'épithélioma qui a le plus de tendance à l'infiltration.

M. VOILLEMIER a donné des soins au malade présenté par M. Huguier; bien que cet homme fût affecté de syphilis, la tumeur qu'il avait à la langue paraissait dès cette époque ne pouvoir être qu'un cancer, et si M. Voillemier ne l'a pas opéré, c'est que des ganglions engorgés indiquent assez que le cancer n'est pas borné à la langue.

M. CLOQUET est de l'avis de M. Giraldès; chez tous les opérés dont il a pu suivre le traitement, il a toujours constaté une prompte récidive lorsque c'était le *bord* de la langue qui était le siége de l'épithélioma. Dans un seul cas de cancer épithélial, il a vu la guérison persister au bout de huit ou neuf ans, et c'était un cancer de la pointe.

M. CHASSAIGNAC fait remarquer que dans cette discussion M. Cloquet, M. Huguier et lui-même ont pu citer trois observations qui sont la condamnation de l'opinion de M. Richard.

M. RICHARD répond qu'il peut y avoir eu erreur de diagnostic.

M. HUGUIER repousse cette nouvelle assertion de M. Richard. En ce qui le concerne, M. Huguier n'admet pas qu'il ait pu se tromper. Un homme qui a, dit il, l'habitude d'observer ne peut pas prendre une tumeur gommeuse ulcérée pour un cancer. Il a d'ailleurs l'habitude de soumettre ses malades à un traitement anti-syphilitique pour qu'il n'y ait aucun doute sur la nature de la maladie.

M. RICHARD répond que le diagnostic est loin d'être aussi facile qu'on le prétend, et pour preuve il dit avoir vu M. Ricord hésiter avant de se prononcer entre un cancer et une tumeur gommeuse de la langue.

M. CHASSAIGNAC n'admet pas cette impossibilité du diagnostic. On n'opère généralement qu'après avoir soumis les malades à un traitement par l'iodure de potassium, et cette pierre de touche a semblé suffisante à M. Ricord dans un cas où le traitement n'avait duré que quinze jours.

— **M. GUERSANT** présente un petit malade dont la tête est le siége d'une bosse sanguine. Il raconte que cet épanchement de sang s'est produit à la suite d'une chute, et il pense que le crâne s'est fracturé. Dans ce cas, trois ponctions ont été pratiquées, et il n'est survenu aucun accident. Comparant ce fait à celui d'un enfant présenté par M. Marjolin dans une précédente séance, M. Guersant incline à croire qu'il y a souvent avantage à ponctionner les tumeurs sanguines volumineuses.

M. GIRALDÈS trouve une grande ressemblance entre le malade de M. Guersant et celui de M. Marjolin.

M. DEGUISE, au contraire, fait remarquer que dans le cas de M. Marjolin il n'y avait pas de chevauchement, bien qu'il y eût fracture, tandis que dans celui de M. Guersant il est douteux que le crâne ait été fracturé.

M. FORGET émet une opinion semblable à celle de M. Deguise.

M. CAZEAUX croit que l'argument de M. Guersant ne prouve pas grand'chose. Si l'on n'avait pas ponctionné la tumeur, le petit malade irait tout aussi bien. Le fait de M. Marjolin prouve le contraire de l'observation de M. Guersant, et l'expectation est préférable à une opération dont le grand avantage serait de guérir un peu plus vite une maladie qui se guérit toute seule et toujours.

M. MARJOLIN annonce qu'il donnera l'observation de son petit malade.

M. GUERSANT défend la ponction exploratrice, mais il ne pense pas qu'il faille y avoir recours dans tous les cas. Quant à la fracture, il est porté à l'admettre.

MM. CHASSAIGNAC et **CAZEAUX** ont toujours vu les céphalœmatomes guérir spontanément.

M. GIRALDÈS admet cette guérison, mais il croit que les céphalœmatomes guérissent plus vite par des ponctions réitérées avec une

aiguille à cataracte. Si le temps importe peu, dit-il, dans la vie de famille, il n'en est pas de même pour les enfants trouvés, qui meurent en grand nombre, parce que la lenteur de leur guérison empêche l'administration de les envoyer en nourrice.

M. CAZEAUX répond que la raison pour laquelle on garde les enfants à l'hôpital n'existera plus lorsque tout le monde saura que les céphalœmatomes guérissent spontanément.

M. VOILLEMIER pense que la question de temps a son importance, surtout si l'on ne prouve pas que la ponction peut être suivie d'accidents.

M. FORGET raconte qu'il a vu un céphalœmatome existant depuis trois semaines disparaître sous l'influence des frictions résolutives, bien qu'un pronostic grave eût été porté par un vieux praticien.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

— A propos du procès-verbal, M. DEGUISE donne quelques explications sur le malade qu'il a présenté dans la dernière séance.

Le blessé que j'avais présenté au nom de M. Bernard (de Moulins) m'était, dit-il, arrivé sans renseignements. Je trouvais que ce qu'il y avait de plus intéressant dans cette présentation d'une ligature de l'artère humérale faite pour un anévrisme primitif, résultat d'un coup de sabre, était non pas la cessation des battements à la suite de cette ligature, mais bien l'augmentation de la tumeur, qui, au dire du blessé, se serait constamment accrue depuis l'opération. M. Bernard (de Moulins), auquel j'ai écrit à ce sujet, m'a répondu que le blessé se trompait, et qu'au contraire la tumeur avait toujours été en diminuant. Ce qui a pu tromper le malade, c'est le volume du bras qui a diminué et a fait ressortir, en diminuant, la saillie de la tumeur.

CORRESPONDANCE.

M. MARJOLIN dépose sur le bureau, au nom de M. Lenoir, une série de travaux qui lui a été adressée par M. le docteur Amable Cade (de Bourg-Saint-Andéol) :

1° Un mémoire inédit *sur la difficulté du diagnostic en chirurgie*. Ce travail renferme plusieurs observations pouvant donner lieu à des erreurs de diagnostic.

2° *Notice sur l'opportunité de l'opération de la cataracte monocle.*

3° *De l'emploi de l'arnica comme moyen préventif et de l'aconit comme sédatif de l'inflammation consécutive à l'opération de la cataracte.*

4° *Mémoire pratique sur la cataracte.*

M. le docteur Cade adresse en même temps une lettre pour obtenir le titre de membre correspondant. (Commissaires : MM. Lenoir, Giraldès et Voillemier.)

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

Des polypes nasaux et naso-pharyngiens, et de leur traitement par un nouveau procédé opératoire, par M. le docteur Desprez.

De l'amputation de la cuisse au tiers inférieur et de la désarticulation du genou, par M. le docteur Gritti (de Milan).

Séance du 2 décembre 1857.

Présidence de M. BOUVIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— A propos du procès-verbal, M. HUGUIER craint que quelques personnes ne soient induites en erreur au sujet du cancer. Contrairement à ce qui a été avancé par un des membres de la Société sur la gravité de l'épithélioma et de l'encéphaloïde, il croit à la possibilité d'une guérison radicale quand le cancer épithélial a été enlevé par une incision faite bien au delà de la tumeur.

A l'appui de son opinion, M. Huguier cite l'observation d'un cancer du maxillaire supérieur, opéré par lui, et qui resta six ans sans récidiver. Il connaît d'ailleurs des cancers des lèvres que l'opération a guéris depuis dix ou douze ans.

M. RICHARD, reprenant la thèse qu'il a précédemment soutenue, persiste à croire que les cancers de la cavité buccale ne sont pas susceptibles de guérison ; et pourtant les cancers de cette région sont le plus souvent de nature épithéliale. A la matrice, l'épithélioma n'est pas moins fréquent que l'encéphaloïde ; eh bien, les cancers de la matrice récidivent constamment après l'opération. Le cancer épithélial est donc infiniment plus grave qu'on ne le dit.

M. GIRALDÈS fait remarquer que l'opinion de M. Huguier est conforme à celle qu'il a soutenue ; car s'il faut enlever le cancer en portant l'incision bien au delà de la partie malade, c'est que cette forme de cancer a une grande tendance à s'infiltrer dans les tissus qui avoisinent la tumeur.

Répondant à M. Richard, M. HUGUIER dit qu'il a parlé du cancer de la peau, du *noli me tangere*, et non du cancer de la matrice et du rectum.

M. VERNEUIL distingue les cancers de la continuité de la peau de ceux qui siégent aux orifices. Les premiers n'ont pas la structure de l'épithélioma ordinaire. Il est de l'avis de M. Richard pour le cancer de la continuité de la peau ; il pense comme M. Huguier pour le cancer des orifices. Sur un grand nombre d'observations de cancer de la continuité de la peau du visage, il a trouvé une trentaine de cas de cancroïdes sébacés ou sudoripares qui, pour la plupart, dataient d'un grand nombre d'années. Les *noli me tangere* sont ordinairement des tumeurs glandulaires qui se comportent comme les tumeurs hypertrophiques de la mamelle. Les cancers de la langue sont le plus souvent des hypertrophies papillaires. Autour de la tumeur principale formée par cette variété de cancer, et quelquefois assez loin d'elle, on trouve des noyaux isolés qui portent le germe de l'affection cancéreuse, ce qui explique comment la récidive se produit dans des cas où pourtant l'opération paraît avoir porté sur les tissus sains qui entourent la tumeur.

M. DEMARQUAY reconnaît que les cancers de la langue sont très-sérieux. Tous les malades qu'il a opérés ou vu opérer pendant plusieurs années ont succombé. Il espère pourtant qu'en se servant de l'écraseur linéaire on peut s'opposer à la récidive. A l'appui de cette opinion, il cite deux malades opérés par lui sous la direction de M. Monod. Chez tous les deux, il y avait des tumeurs évidemment cancéreuses qui n'ont pas encore récidivé, bien que l'opération date de deux ans chez l'un et de trois ans chez l'autre.

M. CHASSAIGNAC. Suivant lui, on a accepté trop facilement que les cancers des orifices récidivent aussi fréquemment que ceux de l'utérus et du rectum. Le nom de *noli me tangere* contribue à faire croire qu'il ne faut pas opérer cette première espèce de cancer ; mais M. Chassaignac est d'avis qu'en l'enlevant on peut espérer une guérison très-longue, sinon définitive. Un malade opéré par Roux n'eut de récidive qu'au bout de huit ans. A cette époque, M. Chassaignac lui fit une seconde opération, après laquelle l'opéré n'a ressenti aucun symptôme de sa maladie pendant sept ans. Chez un autre malade affecté d'un cancer du rectum remontant très-haut, ce n'est qu'après trois ans de bien-être qu'un peu de suintement pouvant faire craindre la récidive s'est manifesté; et certainement c'est à l'opération que ce malade doit de vivre encore.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN trouve dans le premier fait de M. Chassaignac la confirmation d'une opinion qu'il avait depuis longtemps. Il pense que le cancer s'épuise dans les récidives et se guérit ainsi. Il admet en outre que plus un cancer est ancien et plus on a de chances de le guérir. M. Hervez a vu un malade chez lequel la récidive n'eut lieu qu'au bout de quinze ans. Il se demande si le cancer a récidivé si tardivement parce que toute la partie cancéreuse avait été enlevée? Il pense qu'on pourrait tout aussi bien soutenir que quelque portion du cancer avait échappé au chirurgien, puisqu'il y a eu récidive. M. Hervez de Chégoin admet la possibilité d'une erreur de diagnostic pour le cancer du rectum, qui peut être facilement confondu avec l'hypertrophie de la membrane musculeuse de cette partie de l'intestin.

M. CLOQUET rapporte une observation qui vient à l'appui de l'opinion que MM. Chassaignac et Hervez de Chégoin viennent d'émettre sur la lenteur que certaines affections cancéreuses mettent à repulluler après l'opération. En 1832, il donna des soins, à la maison royale de santé, à une femme âgée d'environ quarante ans, qui depuis l'âge de dix-huit ans avait été opérée quinze fois, à des intervalles de temps variables, par Dupuytren, Dubois et Béclard, pour un cancroïde qui avait débuté à la joue gauche. Cette femme portait, comme traces de ces opérations multiples, une large cicatrice qui occupait la joue gauche, la face antérieure et la partie latérale gauche du cou, et s'étendait, en passant sur la clavicule, au-dessus du sein correspondant. La maladie, qui semblait guérie depuis un an, ayant repullulé au bord inférieur de la cicatrice dans l'étendue d'environ 4 centimètres, M. Cloquet enleva les parties malades avec le bistouri. La cicatrisation s'opéra facilement et promptement. Six mois après l'opération, le cancer n'avait pas récidivé.

— M. MARJOLIN lit un mémoire de M. Goyrand (d'Aix), sur les tumeurs adénoïdes du sein.

Études sur les tumeurs adénoïdes du sein.

CES TUMEURS SONT-ELLES CONSTITUÉES PAR UN TISSU DE NOUVELLE FORMATION, OU PAR UN LOBULE HYPERTROPHIÉ DE LA GLANDE MAMMAIRE?

Observation propre à éclairer cette question,

Par M. le docteur G. GOYRAND (d'Aix).

Les anciens confondaient sous les noms de squirrhe et de cancer toutes les tumeurs solides du sein non susceptibles de résolution. Dupuytren

qui n'établissait pas encore entre ces tumeurs de distinction précise, avait cependant remarqué, — et je lui ai souvent entendu faire cette observation, — que les cancers ou kystes du sein étaient peu sujets à récidive. Évidemment, parmi les tumeurs qu'il prenait pour des cancers enkystés, il y avait beaucoup d'adénoïdes.

A. Cooper, plus avancé sous ce rapport qu'on ne l'était de son temps en France, décrivit très bien la maladie dont nous nous occupons aujourd'hui sous le nom de *tumeur mammaire chronique*. C'est cette même affection qui fut décrite en 1844 sous le nom de tumeur fibreuse du sein par M. le professeur Cruveilhier (1), qui, sans doute, n'avait pas lu avec beaucoup d'attention le chapitre d'A. Cooper relatif à la tumeur mammaire chronique ; car il disait que les corps fibreux dont il entretenait l'Académie n'avaient pas été mentionnés par le chirurgien anglais dans son traité des maladies du sein. Or, que l'on compare la description de la tumeur mammaire chronique d'A. Cooper à celle des corps fibreux de la mamelle de M. Cruveilhier, et on restera convaincu que les deux auteurs ont décrit la même maladie sous des noms différents.

Tous les deux ont signalé la disposition lobulée, la situation ordinairement superficielle, l'extrême mobilité, le caractère toujours bénin de la tumeur ; les études anatomo-pathologiques de M. Cruveilhier viennent même à l'appui de l'opinion d'A. Cooper sur la nature de cette affection ; car, au lieu de l'organisation en couches concentriques propre au tissu fibreux accidentel, M. Cruveilhier a trouvé ces prétendus corps fibreux formés de granulations globuleuses, groupées entre elles, juxtaposées. Il est vrai qu'il a cru voir là des granulations fibreuses; mais cette disposition granuleuse se rencontre-t-elle ordinairement dans les corps fibreux ?

Le savant professeur de Paris avança que les corps fibreux constituaient une des lésions les plus fréquentes de la mamelle, qu'ils étaient incapables de dégénération cancéreuse ;

Que leur extirpation ne pouvait être motivée que par l'incommodité résultant de leur poids et de leur volume.

Ces doctrines, si différentes de celles qui avaient cours à cette époque, donnèrent lieu à une mémorable discussion, à laquelle prirent part presque tous les chirurgiens de l'Académie. Cette discussion animée, dans laquelle on entendit Amussat, Blandin, Lisfranc, Gerdy,

(1) Mémoire lu à l'Académie royale de médecine le 9 janvier 1844.

Roux, M. Velpeau, prouva qu'il y avait beaucoup d'exagération dans les propositions de M. Cruveilhier, que s'il pouvait se développer des tumeurs fibreuses au sein, au moins elles y étaient très-rares. Il fut également admis alors qu'on ne possédait pas les éléments d'un diagnostic assez sûr entre les affections cancéreuses et les tumeurs bénignes du sein, pour que sur les signes indiqués par M. Cruveilhier, le chirurgien pût déposer l'instrument en présence d'une tumeur prétendue bénigne.

Mais si le travail du professeur d'anatomie pathologique et la discussion à laquelle ce mémoire a donné lieu n'ont pas amené immédiatement de grands changements dans la pratique, ils ont éveillé l'attention des chirurgiens sur ce point, et ont été le point de départ du progrès incontestable qui s'est réalisé dans les dix années qui ont suivi, et dont on se fera une juste idée par la lecture attentive du beau livre de M. le professeur Velpeau sur les maladies du sein (1854).

L'illustre professeur de la Charité a observé un grand nombre de fois la maladie dont nous nous occupons en ce moment, et l'a décrite avec la plus grande exactitude; c'est lui qui lui a donné le nom d'adénoïde, nom qui rappelle seulement son aspect glandiforme, et qui ne préjuge rien sur sa nature.

Après les travaux de M. Velpeau, cette production morbide ne peut plus être confondue avec aucune autre; mais quelle est la nature de cette production? Est-elle formée par l'hypertrophie d'un lobule de la mamelle, ou par un tissu de nouvelle formation? On n'est pas d'accord sur ce point.

A. Cooper, A. Bérard, Vidal (de Cassis), M. Nélaton, M. Lebert, voient dans l'adénoïde une hypertrophie d'un lobule de la glande mammaire, et leur opinion est fondée sur la ressemblance, l'identité d'organisation qui existe entre la tumeur et la glande mammaire; elle est fondée sur ce fait, que la tumeur se continue par un prolongement avec le tissu de la glande mammaire.

MM. Cruveilhier et Velpeau voient dans l'adénoïde une tumeur de nouvelle formation. Ces médecins nient la continuité du tissu de la tumeur avec celui de la glande mammaire, prétendant que la tumeur peut toujours être détachée par énucléation sans que le tissu mammaire soit entamé.

Quant à l'analogie de structure, M. Velpeau l'explique par une loi d'anatomie pathologique en vertu de laquelle les tissus accidentels tendent à revêtir les caractères des tissus normaux au milieu desquels ils se développent. Mais ici il y a plus que ressemblance ou analogie, il y

a, d'après les données microscopiques, identité d'organisation. Il est vrai que M. Velpeau n'a pas une foi entière aux révélations du microscope.

Mais voilà les partisans des deux opinions en désaccord sur un fait matériel, savoir : si les adénoïdes sont ou non continues au tissu de la glande mammaire. Suivant les uns, cette continuité de tissu serait constante; suivant les autres, elle n'existerait jamais : les adénoïdes seraient toujours isolées par un kyste complet.

De cette dissidence entre des maîtres de cette valeur, ne pourrions-nous pas déjà conclure que les deux dispositions différentes doivent se rencontrer ? Il en est positivement ainsi : il y a cinq ou six ans, j'extirpai à l'hôpital d'Aix, en présence de mon regrettable ami Vidal, une adénoïde du volume d'une petite noix, dont la mobilité en tous sens était telle que nous la croyions entièrement isolée ; cependant elle tenait à la glande mammaire par un pédicule qu'il fallut couper pour la détacher; et, comme notre attention était fixée sur ce point, nous étudiâmes ce pédicule, que nous trouvâmes formé par du tissu mammaire normal, et se continuant avec l'adénoïde, dont le kyste était interrompu au point d'implantation de ce prolongement sur la tumeur. D'un autre côté, la grosse tumeur qui fait le sujet de l'observation qu'on va lire était entièrement isolée par son kyste.

D'où vient cette différence ? En voici peut-être l'explication : je crois que dans l'origine, et tant que l'adénoïde est petite, ses rapports de continuité avec la glande mammaire existent; mais quand elle grossit beaucoup, en s'écartant les éléments de la partie de la tumeur qui tient au pédicule distendent le tissu cellulaire qui unit la portion hypertrophiée de la mamelle à son pédicule, et le tissu cellulaire ainsi tiraillé, allongé et comprimé, finit par passer à l'état membraneux, et former entre le lobule hypertrophié et son pédicule, qui ne participe point à l'hypertrophie, une couche celluleuse continue au reste de l'enveloppe de la tumeur, et celle-ci se trouve ainsi complétement enkystée.

En résumé donc, on est d'accord sur la symptomatologie des adénoïdes, sur leur diagnostic différentiel, sur leur pronostic et leur thérapeutique, et on est en dissidence sur leur nature. La grande ressemblance, l'identité de structure qui existent entre la tumeur et le tissu normal de la glande mammaire, jointes à la continuité de tissu entre la glande mammaire et l'adénoïde, qu'on peut ordinairement constater dans l'opération ou la dissection, constituaient sans doute de grandes preuves en faveur de l'opinion de l'hypertrophie ; mais il m'a été

donné d'observer un fait qui me paraît lever tous les doutes. J'ai constaté la sécrétion du lait par une tumeur adénoïde; or, je ne sache pas que jamais l'analogie de structure entre un parenchyme et le tissu de nouvelle formation qui se développe dans ses interstices ait pu aller jusqu'à cette identité de fonction. Voici le fait :

Tumeur adénoïde du volume de la tête d'un adulte sécrétant du lait ; extirpation de l'adénoïde, conservation de la glande mammaire.

Mme A..., âgée de trente-deux ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, habituellement bien portante, avait, il y a sept ou huit ans, dans un effort qu'elle fit pour soulever un corps pesant, ressenti une douleur dans le sein droit.

Quelques mois plus tard, elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur dans ce sein. La tumeur existait depuis un an quand je fus consulté. Elle était alors du volume d'une noisette, dure, très-mobile, tout à fait indolente, située superficiellement vers la partie supérieure de la mamelle, et semblait tout à fait isolée de la glande mammaire. Les menstrues étaient régulières, il n'existait aucun dérangement fonctionnel. Les différents fondants employés alors et depuis furent toujours sans résultat. La tumeur resta absolument dans le même état pendant quatre ou cinq ans. Je conseillai enfin à Mlle S... de ne plus s'en occuper. Je dis même à sa famille que le mariage serait plutôt favorable que dangereux, pensant qu'une grossesse et l'allaitement pourraient amener la résolution de la tumeur.

Cette personne se maria, en effet, en 1853. Bientôt elle devint enceinte, et, dans les six derniers mois de sa grossesse, sa tumeur prit un développement énorme.

Appelé vers le milieu de février 1854, vingt jours après l'accouchement, quel fut mon étonnement quand je trouvai, au lieu de la petite tumeur que j'avais vue autrefois, une masse sphérique aussi grosse qu'une tête d'adulte, surmontée d'une bosselure du volume d'une petite orange! La tumeur était dure, mais ce n'était pas là la dureté du squirrhe; on n'y trouvait nulle part la mollesse, la fausse fluctuation de l'encéphaloïde; elle ne se distinguait pas de la glande mammaire, elle était extrêmement mobile sur la paroi thoracique. Le mamelon était situé vers le haut du quart inférieur de cette masse; sa saillie était diminuée. Le sein, ainsi envahi et déformé, sécrétait cependant du lait en assez grande quantité.

Un examen plus détaillé me fit reconnaître les particularités suivantes : Sur les deux tiers supérieurs de la tumeur, la peau pouvait être

pincée, soulevée en un pli mince ; le tissu cellulaire qui la fixait à cette partie de la masse était extensible , lamelleux , dépourvu de graisse. Mais sur les parties inférieures et latérales de cette masse , à partir d'un peu au-dessus du mamelon , cette membrane ne pouvait plus être pincée de cette manière ; elle était doublée de tissu adipeux , et, dans ces points-là, la tumeur n'avait plus la dureté anormale des parties supérieures , mais présentait une consistance qui donnait l'idée du parenchyme mammaire. Du reste , la transition du premier état au second n'était indiquée par aucune ligne de démarcation extérieure.

La peau qui recouvrait la bosselure supérieure était épaissie , brunie par une vascularisation veineuse. De grosses veines sous-cutanées se voyaient autour de ce point. Cette énorme masse morbide n'était le siége d'aucune douleur ; elle était seulement gênante par son poids et son volume.

L'état sain de la peau , sa mobilité sur tous les points de la tumeur, l'absence de douleur , de tout engorgement ganglionnaire dans l'aisselle et tous les muscles pectoraux , la consistance de la tumeur , le souvenir de l'état où je l'avais vue pendant plusieurs années, excluaient l'idée du cancer ; la sécrétion du lait par le sein malade , la consistance des tissus sous-cutanés dans les régions inférieures et latérales, me faisaient penser que la glande mammaire n'était ni dégénérée ni atrophiée , mais qu'elle était seulement déplacée, comprimée , éparpillée, et qu'ainsi aplatie elle était fortement appliquée sur les parties inférieures et latérales de l'adénoïde , par la peau excessivement tendue.

Mme A... avait allaité jusqu'à ce moment , et son enfant prenait le sein droit presque aussi bien que le gauche. Je fis discontinuer la lactation. La malade fut mise à l'usage d'une boisson nitrée ; je lui donnai quelques purgatifs salins. La sécrétion du lait diminua bientôt ; elle était à peu près supprimée le 10 mars ; mais la tumeur n'avait pas cessé de s'accroître. J'opérai le 13 mars, quarante-troisième jour après l'accouchement, vingt-deuxième jour après la cessation de l'allaitement. MM. les docteurs Guiraû et Silbert assistaient à l'opération.

Je voulus procéder de manière à pouvoir conserver la glande mammaire, s'il y avait lieu, si, ainsi que je l'espérais , cet organe non altéré dans sa texture était seulement comprimé et étalé au-dessous et sur les côtés de la tumeur. La peau avait été tellement distendue, qu'il fallait absolument, sous peine d'avoir des lambeaux très-gênants, sacrifier une partie de celle qui recouvrait la tumeur.

Je traçai , d'abord , sur la moitié supérieure de la tumeur par une

incision semi-circulaire un grand lambeau cutané à base supérieure, que je destinais à couvrir la surface de la plaie. Pour me donner plus de facilité dans ma dissection, je fis partir de cbaque extrémité de cette grande incision une incision droite, qui fut conduite sur le côté correspondant de la tumeur jusqu'à la bauteur de la partie moyenne du lambeau supérieur. Ainsi se trouvaient tracées, en même temps que le grand lambeau supérieur, les deux cornes d'un lambeau de peau en forme de croissant que je voulais enlever avec la tumeur. Les deux incisions latérales devaient à la fin être réunies en une grande ligne courbe au-dessous de la tumeur, ou au-dessous du mamelon, suivant que l'état où je trouverais les parties me paraîtrait exiger que la masse totale fût enlevée, ou permettre que la glande mammaire fût conservée.

Le lambeau supérieur fut détacbé par une dissection rapide. La peau qui le formait était attacbée à la bosselure de la tumeur par un tissu cellulaire assez dense, mais elle n'y adbérait pas et n'était pas altérée dans son tissu. Ce lambeau détacbé, je disséquai de baut en bas les deux angles cutanés latéraux. J'isolai ensuite la tumeur à sa partie supérieure. Arrivé à sa face postérieure, quelques coups de bistouri suffirent pour la détacher. Mes aides me rendirent la dissection plus facile en repoussant en haut la masse morbide. La tumeur, limitée par un kyste que lui formait le tissu cellulaire ambiant condensé, fut énucléée avec une grande facilité. Les deux incisions latérales furent réunies par une grande incision courbe à concavité supérieure, passant à 3 centimètres au-dessus du mamelon; enfin, la tumeur fut détacbée, et je laissai en place la glande mammaire refoulée en bas et sur les côtés, bien déformée, mais non atropbiée.

Il s'écoula pendant l'opération beaucoup de sang veineux. Je u'eu à lier que trois ou quatre petites artères.

La plaie de l'opération était vaste et anfractueuse. A sa partie moyenne se trouvait, derrière la glande mammaire déformée, une dépression profonde, sans issue inférieure, dans laquelle avait été logée la partie inférieure de la tumeur. Je tâchai de corriger cette mauvaise disposition, en relevant, au moyen d'une grande bandelette agglutinative et d'un bandage approprié, la lèvre inférieure de la plaie, dans laquelle se trouvait comprise la glande mammaire, que son poids entraînait en bas.

Malgré toutes ces précautions, la guérison n'eut lieu qu'après une suppuration abondaute; la cicatrisation ne fut achevée que vers le quarantième jour, et il resta une cicatrice déprimée et assez difforme,

quoique presque linéaire. La peau, qui était brune au moment de l'opération, n'a jamais recouvré une couleur tout à fait normale.

Examen de la masse extirpée. — Poids, 2 kilogr. 600 gr. La tumeur est sphérique, entièrement enveloppée d'un kyste cellulo-fibreux. A l'incision, elle présente une couleur d'un gris fauve, un aspect granulé, qui est bien plus apparent encore à la surface d'une déchirure; en un mot, une grande ressemblance avec le tissu normal de la glande mammaire. On y distingue plusieurs lobes et lobules; celui que nous avons signalé à la partie supérieure de la tumeur est le seul volumineux et le plus distinct. Divisée par des incisions profondes, cette tumeur présente dans divers points des vacuoles de différentes dimensions, dont deux sont plus grandes et irrégulières. De ces cavités, les unes contiennent un liquide brunâtre, filant comme une forte solution de gomme; dans d'autres, se trouve une lymphe gélatiniforme, homogène. Quelques points sont ecchymosés; c'est que, d'après le conseil peu sage d'une sage-femme, la malade avait plusieurs fois malaxé violemment sa tumeur, espérant ainsi la faire résoudre. Nulle part il n'y a ce ramollissement, cet excès de vascularisation qu'on rencontre dans le cancer encéphaloïde, ni la coupe unie et homogène du squirrhe, ni les gouttelettes de suc cancéreux qu'on fait apparaître par la compression sur la coupe de ces dégénérescences; mais, sur les coupes pratiquées dans toutes les directions, se voient de petites ampoules ou des canaux blancs qui, ouverts avec la pointe du bistouri, donnent du lait. Ces conduits ont, à l'intérieur, tout l'aspect des membranes vasculaires. Ce sont évidemment des conduits galactophores dilatés. Ils sont en très-grand nombre; j'en compte six ou huit sur une surface de l'étendue d'une pièce de deux francs. Ils sont aussi nombreux dans toutes les parties de la tumeur. En disséquant ces vaisseaux avec soin, je les vois se diviser, se subdiviser et se terminer enfin dans des granulations. Ainsi, les conduits galactophores de la tumeur, nés par des radicules déliées de granulations bien distinctes, constituent par leur réunion des canaux assez larges et sans issue, qui dans certains points sont dilatés en ampoules.

Mme A... a eu un enfant depuis son opération; sa position, ses affaires domestiques ne lui ont pas permis de l'allaiter; mais la fluxion laiteuse s'est faite sur le sein qui a subi l'opération comme sur l'autre.

Je ne crois pas qu'on ait observé beaucoup de faits analogues à celui dont on vient de lire la relation. La grossesse et l'allaitement amènent quelquefois la résolution des tumeurs de ce genre. (A. Cooper, traduction de Richelot et Chassaignac, pag. 521, et obs. 471). D'autres

fois, ces états physiologiques sont sans influence marquée ; mais on n'a pas signalé, que je sache, ce développement énorme de l'adénoïde par l'effet de la grossesse. Comment donc expliquer ce qui s'est passé chez Mme A… ? C'est que, apparemment, dans la plupart des cas, l'hypertrophie porte surtout sur la trame celluleuse du lobule mammaire, et les granulations, organes sécréteurs du lait, comprimées par le tissu cellulo-fibreux anormalement développé, s'atrophient, tandis que chez Mme A… les granulations participaient à l'hypertrophie, et en étaient peut-être le siége principal. Du reste, quelle que soit la valeur de cette explication, si des faits semblables à celui que je viens de rapporter se présentaient quelquefois, au lieu de conseiller le mariage comme un remède contre les adénoïdes, on devrait énucléer ces tumeurs avant l'époque où les jeunes femmes sont exposées à devenir grosses.

M. GIRALDÈS trouve le fait rapporté par M. Goyrand très-intéressant au point de vue clinique ; mais au point de vue de l'anatomie pathologique, il fait remarquer que la Société de chirurgie s'étant souvent occupée de la question de la continuité des tumeurs adénoïdes enkystées avec le tissu de la mamelle, il n'y a pas lieu de discuter le travail de M. Goyrand, qui ne pourrait en rien éclairer la discussion. A l'appui de l'opinion de M. Giraldès, M. Huguier reproche à l'observation de M. Goyrand de ne pas contenir de détails anatomiques. M. Marjolin se propose de les demander pour les joindre à l'observation, qu'il trouve intéressante au point de vue clinique.

M. CHASSAIGNAC pense que la sécrétion lactée a été considérée par l'auteur de l'observation comme une preuve de la similitude de la tumeur avec la mamelle.

CORRESPONDANCE.

M. LARREY présente à la Société, de la part de M. Monsel, pharmacien de l'hôpital militaire de Bordeaux, un mémoire ayant pour but de démontrer :

1° La priorité de la découverte de l'action hémostatique des sels de peroxyde de fer ;

2° La supériorité du persulfate de fer sur le perchlorure comme agent hémostatique ou hémoplastique.

L'auteur joint à ce travail une lettre d'envoi, et l'indication des témoignages à l'appui. (Commissaires : MM. Larrey, Monod et Giraldès.)

— M. le docteur Periat, chirurgien de l'hôpital de Tournon-sur-Rhône, adresse plusieurs observations sur divers points de chirurgie

et d'obstétrique. (Commissaires : MM. Chassaignac, Forget et Verneuil.)

— M. le docteur Lala adresse, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse *Sur les déplacements de l'utérus.*

PRÉSENTATION D'APPAREILS.

M. FOLLIN présente, au nom de M. Fordos, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoine, un appareil destiné à injecter de l'acide carbonique imprégné de chloroforme. M. le président charge M. Follin de faire un rapport sur les avantages de ce mélange anesthésique, et sur l'appareil au moyen duquel on l'opère.

Séance du 9 décembre 1857.

Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Cicatrice ancienne, suite de brûlure, occupant une grande étendue de la paroi latérale du thorax et du bras correspondant. — Autoplastie par la méthode indienne. — Insuccès. — Nouvelle opération par les coupes angulaires superposées (procédé de Warton Jones). — Amélioration très-notable. — M. VERNEUIL présente le sujet de cette observation et donne les détails suivants :

Richer (Charles), âgé de vingt ans, se trouva le 8 août 1851 au milieu d'un incendie de paille. Ses vêtements ayant pris feu, ce jeune homme se couvrit la face avec les bras, ce qui laissa la poitrine à découvert ; il en résulta une vaste brûlure de la paroi thoracique droite et du bras correspondant, autant qu'on peut en juger par les stigmates actuels. La lésion s'étendait jusqu'au coude d'une part, et de l'autre jusqu'au niveau de la huitième côte. La cicatrice brachiale recouvre plus des trois quarts de la circonférence du membre. Une languette de tégument sain, large à peine de 4 à 5 centimètres, se retrouve sur la face externe, depuis la pointe du deltoïde jusqu'à l'épicondyle. A l'épaule, les limites de la cicatrice correspondent assez exactement aux bords antérieur et postérieur du deltoïde. Toute la cavité axillaire est comblée par une bride large, épaisse, immobile, saillante sur la poitrine ; la destruction a été énorme. La cicatrice va de la clavicule et de l'épine de l'omoplate jusqu'à une ligne répondant à la septième

côte. Elle s'arrête en avant à trois travers de doigt de la face antérieure du sternum ; en arrière, elle est un peu plus distante de la ligne des apophyses épineuses.

Les diamètres de cette vaste brûlure, quoique considérablement réduite par la cicatrisation et la rétraction consécutive, mesurent actuellement encore plus de 25 centim. La destruction n'atteignit pas partout la même profondeur ; cependant il paraît que vers le centre de la paroi thoracique, toutes les parties molles furent éliminées, car le malade assure qu'en certains points la plaie allait jusqu'aux os.

La cicatrisation ne fut complète qu'au bout d'une année. Pendant six mois *le bras fut maintenu rapproché du corps* comme dans la fracture de la clavicule; l'eau de chaux fut le principal topique employé.

Lorsque Richer reprit ses travaux, le bras ne pouvait, dans l'abduction, atteindre l'angle droit. L'avant-bras était fléchi sur le bras et ne pouvait pas davantage s'étendre même à angle droit. L'état de boutonnier, exercé par notre jeune homme, exige des mouvements du bras assez étendus, aussi la cicatrice axillaire se déchira-t-elle à plusieurs reprises, ce qui le forçait à interrompre son travail à chaque instant. Cette cicatrice toutefois n'était pas douloureuse, si ce n'est dans les changements de temps. Il fut alors soumis pendant deux mois au repos et à l'usage répété de bains prolongés. Ce traitement amena une amélioration considérable. Mais la rétraction inodulaire reprit le dessus; elle continua ses progrès incessants, si bien que, en 1856, les mouvements de l'avant-bras et du bras étaient presque complétement annulés.

En octobre 1856, M. Maisonneuve fit une tentative opératoire. Il fit la section transversale de la bride axillaire, et pour maintenir l'écartement produit entre les lèvres de cette division, il songea à l'autoplastie. Un large lambeau cutané fut taillé en arrière au-dessous de l'épine de l'omoplate, tordu sur son pédicule et greffé entre les bords de la section axillaire. Je n'ai pas de détails précis sur cette opération. Je sais seulement que le lambeau se sphacéla et que la cicatrisation des plaies achevée, le sujet se trouva dans le même état qu'avant, sinon pis.

Pendant près d'un an, aucune nouvelle tentative ne fut faite et cependant les mouvements ont repris un peu d'étendue, grâce surtout à la mobilité complémentaire dont les articulations de la clavicule sont devenues le siége.

Dans les premiers jours d'octobre 1857, Richer est reçu dans mon service et couché au n° 14, salle Saint-Jean (Hôtel-Dieu). Je l'avais

examiné l'année précédente dans le service de M. Maisonneuve et je le retrouvais à peu près dans le même état, sauf l'amélioration signalée plus haut et due à la laxité plus grande des articulations claviculaires et à l'action exagérée des muscles élévateurs de l'omoplate. Le bras est atrophié, il est évidemment plus grêle et plus court que celui du côté sain. L'obstacle principal réside toujours dans la bride axillaire qui est épaisse, dure, immobile. En arrière, dans l'endroit où le lambeau a été pris, la cicatrice est inextensible et paraît comme soudée aux parties profondes. Sur la poitrine, au contraire, dans les régions mammaire et hypochondriaque, les téguments sont assez souples et se déplacent aisément, même dans les points où ils offrent l'aspect cicatriciel. Une bride assez large et forte, partie de l'aisselle, vient se terminer un peu au-dessous de l'interligne huméro-cubital, en suivant assez exactement le trajet de l'artère humérale. C'est elle qui entrave l'extension de l'avant-bras. Ce dernier mouvement est cependant assez étendu; car l'angle ouvert en avant et formé par les deux segments du membre peut atteindre environ 110 degrés.

L'abduction du bras, au contraire, est très-restreinte. Quand le malade cherche à la produire, le moignon de l'épaule s'élève fortement, le tronc s'incurve et le coude arrive à peu près à la hauteur de la fourchette sternale. Mais si on mesure l'angle compris entre la paroi thoracique et la face interne du bras, à peine lui trouve-t-on plus de 40 degrés.

Dans cette attitude, le travail est presque impossible; aussi le jeune homme n'ayant nulle ressource et ne connaissant que son état habituel, je me décide à pratiquer quelque opération.

Mais le choix du procédé n'était pas chose facile. L'obstacle principal au rétablissement des mouvements siégeait dans le creux axillaire, c'est-à-dire au centre de la cicatrice. On ne pouvait songer à l'extirpation de l'inodule ni aux simples sections transversales de la bride. Il y avait une trop grande distance entre les parties saines et l'aisselle pour penser à emprunter un lambeau aux premières pour l'amener sur le point où l'étoffe manquait. Il fallut donc se résigner à opérer dans le champ même de la cicatrice.

Or, quoique mobile en certains points, le tégument cicatriciel était pâle, ferme, peu vasculaire, assez mince à la périphérie, toutes circonstances qui défendaient de l'utiliser pour la formation de lambeaux un peu étendus (1). D'un autre côté, après l'issue fâcheuse de la pre-

(1) On a beaucoup écrit dans ces derniers temps sur les propriétés du

mière autoplastie, il fallait mettre beaucoup de réserve dans les nouvelles tentatives; car si la gangrène avait encore détruit de nouvelles parties du tégument déjà si rare en ce point, la chirurgie eût réellement plutôt nui que profité à ce malade. Pour moi, l'indication était formelle, *il fallait tenter quelque chose, mais dans des limites assez étroites pour qu'en cas d'insuccès les conditions de l'opéré ne devinssent pas pires qu'avant l'opération.* En un mot, obtenir peu sans doute à la fois, mais ne rien risquer.

On pouvait faciliter l'abduction du bras de trois manières :

1° En agissant directement sur la bride axillaire;

2° En attaquant son prolongement brachial;

3° En portant l'instrument sur le prolongement thoracique.

C'est à ce dernier parti que je m'arrêtai. Lorsqu'en effet le bras était fortement écarté du corps, on faisait saillir à l'instant une bride longitudinale, falciforme, partant du coude pour venir aboutir environ vers la cinquième côte en décrivant une courbure très-prononcée à concavité inférieure et externe. Large et peu saillante sur le bras, cette bride, au niveau de l'aisselle, était épaisse, dure, très-proéminente; puis, en arrivant à la poitrine, elle s'élargissait et paraissait se diviser en quatre ou cinq brides divergentes, soulevant de 1 centimètre à peine la cicatrice générale, avec laquelle elle se confondait.

Deux de ces brides, presque parallèles, descendaient verticalement, à peu de distance l'une de l'autre, dans le milieu du large interstice qui sépare le grand pectoral et le grand dorsal. Je résolus d'attaquer d'abord ces brides thoraciques, me proposant, dans une série de petites opérations successives, d'attaquer les autres brides thoraciques et la grande corde fibreuse du bras. On a employé divers procédés de section des brides cicatricielles. MM. Decès, Sédillot et d'autres ont pratiqué des coupes en zigzag ou ondulées, des incisions angulaires superposées ou des incisions obliques espacées, etc., etc. Plusieurs de ces moyens, très-utiles quand les brides sont étroites et longues, comme, par exemple, dans la flexion permanente d'un doigt ou de l'avant-bras,

---

tissu cicatriciel et sur son emploi dans la formation des lambeaux. Dans cette réaction contre les idées de Delpech il y a du bon, mais aussi je crois une exagération évidente. Si, à la face, on peut sans crainte employer le tissu inodulaire dans les lambeaux à base large, il en est tout autrement dans d'autres régions du corps et lorsque l'on emploie les procédés qui se rapprochent de la méthode indienne par l'étroitesse du pédicule. Cette question importante mérite un examen approfondi.

ne conviennent plus quand il faut agir sur une large étendue transversale. Il est préférable alors de mettre en usage un procédé analogue à celui qu'Earle essaya autrefois, et qui est plus connu par l'application que M. Wharton Jones en a faite à l'ectropion.

Ce procédé consiste, comme chacun le sait, à pratiquer deux incisions convergentes qui circonscrivent un angle dans lequel se trouve comprise la bride plus ou moins large qu'on veut allonger. Il en résulte une sorte de lambeau triangulaire, qui se rétracte par le moyen d'une dissection légère, et laisse une plaie en forme d'accent circonflexe, qu'on métamorphose par la suture en une plaie en Y. L'allongement qu'on obtient par cette manœuvre est égal à la longueur de la branche verticale de l'Y ; on peut donc lui donner toute l'étendue qu'on désire. Mais il importe beaucoup de savoir que plus on donne de hauteur au lambeau ainsi limité, plus on s'expose à la gangrène, qui est malheureusement assez commune dans ce procédé.

Pour éviter cet inconvénient, je résolus de faire deux opérations semblables sur les brides en question, de les faire assez loin l'une de l'autre pour que la vitalité des parties interposées ne fût pas compromise, et enfin de donner assez peu d'étendue aux lambeaux pour qu'en cas d'insuccès la nouvelle perte de substance fût insignifiante.

D'après ce que j'ai dit du mécanisme de l'allongement, il est évident qu'on peut, en superposant deux ou trois petites incisions angulaires, et en courant moins de risques, obtenir exactement le même relâchement qu'avec une seule opération très-étendue.

Le malade étant chloroformé, et le bras porté dans l'abduction forcée, une première incision angulaire fut pratiquée immédiatement au-dessous de la bride axillaire, et comme les deux brides secondaires thoraciques que je voulais attaquer se trouvaient très-rapprochées, il me suffit de donner 4 centimètres à chacun des côtés de l'angle. 6 centimètres plus bas sur la paroi thoracique, je répétai la même manœuvre. Cette fois, les incisions furent plus longues à cause de la divergence des brides.

J'eus soin d'arrondir l'angle du lambeau, car son sommet se sphacèle ordinairement quand il est trop aigu, et je procédai à la dissection avec le bistouri et les ciseaux conduits sur la pulpe de l'index gauche. Je détachai le moins possible le lambeau de son adhérence profonde, mais je fis agir l'instrument tranchant jusqu'à la destruction complète des tractus fibreux qui paraissaient s'opposer à l'écartement du bras.

Le résultat primitif obtenu fut satisfaisant, mais non complet, parce que les deux autres brides thoraciques se tendirent à leur tour après

la destruction des précédentes qui constituaient l'obstacle principal. On put néanmoins sur-le-champ élever le bras à peu près à angle droit sur la poitrine. La petite incision angulaire supérieure avait fourni plus d'allongement que la grande inférieure.

Les plaies furent réunies par la suture, de manière à figurer chacune un Y. L'introduction des épingles et des aiguilles à suture fut très-pénible, à cause de la densité extrême du tissu cicatriciel qui formait les bords de la plaie. Celle-ci saigna très-peu, aucune ligature ne fut nécessaire. Les sutures furent soutenues par des bandelettes agglutinatives, et une couche épaisse de ces mêmes bandelettes constitua tout le pansement. J'avais vainement essayé dans les jours précédents d'improviser un appareil destiné à tenir le bras écarté du corps. Craignant d'exercer quelque violence sur la région opérée par des tiraillements inopportuns, j'abandonnai les choses à elles-mêmes.

Le malade fut soumis au régime des opérés : Potage, deux côtelettes, pain, le premier jour. Le soir un peu de fièvre. Le lendemain, douleurs dans les mouvements du bras, et dans la région de la plaie. Encore un peu de fièvre, sueurs abondantes.

Le 10, surlendemain de l'opération, le sommet du lambeau inférieur s'est sphacélé dans l'étendue d'un centimètre. La plaie est réunie dans les trois quarts de son étendue.

L'opération supérieure paraît d'abord avoir mieux réussi. La réunion semble assez solide ; les sutures sont enlevées dans tous les points. Les bandelettes sont renouvelées et appliquées de manière à tenir rapprochées les lèvres des plaies.

Le 12, le second pansement est levé ; le sphacèle a légèrement gagné les bords du lambeau inférieur. Comme en bas, la désunion est complète en haut, mais il n'y a pas de perte de substance. Toute la région est devenue rouge et gonflée, douloureuse au toucher. La cicatrice est envahie par le travail phlegmasique dans toute son étendue ; elle présente l'apparence d'une partie envahie par un phlegmon, et chose curieuse, la tuméfaction, loin de se propager au tissu cellulaire sous-cutané des parties voisines saines, s'arrête brusquement aux limites du tégument altéré par la brûlure.

Je considérais l'opération comme manquée, mais je m'efforçais néanmoins de rapprocher transversalement les plaies qui se recouvraient de bourgeons charnus. Des pansements convenables furent faits avec le plus grand soin par M. Mauduyt, élève du service, et j'eus la satisfaction de voir un résultat favorable s'effectuer sous leur influence. Peu à peu, la tuméfaction du tissu cicatriciel se dissipa, la rougeur et

l'inflammation disparurent, et des bourgeons charnus de très-belle apparence comblèrent les deux plaies. L'état général est très-bon, l'appétit est excellent, et toutes les fonctions s'exécutent comme dans l'état de santé.

Le traitement consécutif résida surtout dans les trois points suivants :

1° Emploi de bandelettes agglutinatives et de compresses graduées placées verticalement à une petite distance des bords de la plaie pour la rétrécir transversalement.

2° Cautérisations des bourgeons charnus avec le nitrate d'argent ; ces deux moyens, associés intelligemment, eurent pour résultat la rétraction inodulaire dans le sens transversal, de telle façon que l'allongement de la bride, qui n'avait pu être obtenu par la réunion immédiate, fut complétement réalisé par la contraction de la couche inodulaire. La cicatrice de l'incision supérieure est linéaire, elle a exactement la forme d'un Y, comme si l'adhésion primitive avait réussi. Cette disposition est beaucoup moins marquée à l'incision inférieure. Mais cependant on a gagné quelque chose même dans ce point. La gangrène d'une partie du lambeau n'a pas eu de résultats fâcheux.

3° J'ai associé aux pansements un moyen qui a rendu, je crois, des services signalés : chaque fois que les bandelettes et les compresses étaient renouvelées, le bras était tenu dans l'abduction forcée par un artifice très-simple. Une bande attachée au poignet du membre opéré était passée sur une barre transversale située en haut du lit de manière à former une anse; la main du côté sain saisissait le chef libre, et, tirant dessus, forçait le membre malade à s'élever. La bande jouait le rôle de la corde d'un puits. Cette attitude était maintenue pendant une heure après chaque pansement, et lorsque l'inflammation de la région eut disparu, le malade, deux ou trois fois par jour et pendant une heure, soulevait ainsi son bras droit et lui imprimait des mouvements rhythmiques destinés à augmenter la mobilité.

Je suis convaincu que si j'avais eu à ma disposition un appareil mécanique plus parfait, j'aurais obtenu davantage encore de cette sorte de gymnastique si simple.

Le 23 novembre, la cicatrisation était complète.

Au moment où Richer est présenté à la Société de chirurgie, le bras s'écarte de la poitrine à angle droit ou à peu de degrés près. La main peut facilement être mise derrière la tête, ce qui n'avait jamais été possible jusqu'alors. L'extension de l'avant-bras sur le bras a également gagné notablement. Les mouvements ont donc acquis

beaucoup d'étendue ; ils s'exécutent sans aucune douleur et sans tiraillement considérable.

La réunion des incisions étant linéaire, il n'y a pas à craindre que l'amélioration obtenue se démente. Certes le résultat n'est pas complet ; mais cependant Richer a pu reprendre sa profession. Son épaule est assez mobile pour y suffire ; mais l'extension de l'avant-bras n'est pas assez complète, et la partie brachiale de la cicatrice est encore tiraillée pendant le travail. Il sera nécessaire de refaire quelques tentatives sur ce point. La Société sera mise au courant de ce qu'il en adviendra.

M. HUGUIER présente un enfant qui, comme le malade présenté par M. Verneuil, a eu une large brûlure. La cicatrice n'a point amené la rétraction des tissus fibreux et musculaires, mais une large *kéloïde* s'est développée sur toute la partie du corps qui a été brûlée.

Cette kéloïde, qui siége dans la région scapulaire, n'est gênante que par la vive démangeaison qu'elle occasionne au malade. M. Huguier se demande pourtant s'il n'y aurait pas lieu d'enlever cette tumeur par l'instrument tranchant, dût-on recourir ensuite à l'autoplastie pour remplacer la partie de peau qui serait enlevée ; ce qui l'engagerait à recourir à une opération, c'est que l'enfant ne pouvant pas supporter la vive démangeaison dont la kéloïde est le siége, se gratte sans cesse et provoque ainsi le développement de la maladie.

M. MARJOLIN demande si le traitement a été régulier. Il pense que souvent la kéloïde est le résultat d'un pansement dans lequel on n'a pas suffisamment cautérisé les bourgeons charnus. Il ne repousse pourtant pas l'opinion d'un membre de la Société, qui attribue à la constitution du malade une large part dans le développement des kéloïdes.

M. HUGUIER, à l'appui de l'opinion exprimée par M. Marjolin, répond que dans tout le cours du traitement la plaie de son malade n'a été cautérisée qu'une seule fois.

M. GUERSANT croit qu'il y a nécessité d'opérer le malade présenté par M. Huguier. Il préférerait aux opérations successives une autoplastie comprenant un large lambeau dont la base répondrait à l'épaule, parce qu'en opérant ainsi il a obtenu un succès complet dans un cas analogue.

M. VERNEUIL propose de tenter la guérison par une succession de petites autoplasties, dans la crainte d'un premier échec. Si le lambeau qui se gangrène est petit, on peut en faire un autre,

tandis que cela serait impossible si la perte de substance était considérable. Il pense que la mortification du lambeau est toujours à craindre quand on l'emprunte à une région où le derme dans toute son épaisseur n'est que du tissu fibreux de nouvelle formation. Dans un cas d'autoplastie par le procédé de Jones, M. Verneuil a vu tomber le tiers de son lambeau.

M. GUERSANT insiste encore sur l'avantage qu'il y aurait à faire une autoplastie avec un large lambeau. Pour le malade de M. Huguier, avant de l'opérer, il voudrait qu'on tentât de modifier les tissus par les préparations d'iode et par une série de piqûres successives.

M. RICHARD regarde la kéloïde du malade de M. Huguier comme n'étant pas susceptible de se développer indéfiniment.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. MARJOLIN, au nom de M. Lenoir, donne lecture de la note suivante :

La lecture du travail de M. Goyrand (d'Aix), dans lequel il prouve par une observation sans réplique que les tumeurs que M. Velpeau nomme *adénoïdes* ne sont autre chose que des hypertrophies partielles de la glande mammaire, m'a remis en mémoire une observation semblable à la sienne et que je rapporterai en quelques mots.

Il y a environ dix ans, je fus consulté par une dame de Meaux, qui me présenta sa fille portant dans le sein gauche une de ces petites tumeurs mobiles et granuleuses que je connaissais alors sous le nom de tumeurs mammaires chroniques, nom sous lequel A. Cooper les avait parfaitement décrites. Cette dame me demandait si sa fille pouvait être mariée dans l'état de santé où elle se trouvait; je n'hésitai pas à lui faire la réponse que le célèbre chirurgien anglais faisait aux femmes non mariées qui l'interrogeaient sur le même sujet : « que, loin » de s'opposer au mariage, ces tumeurs du sein manquaient rarement » de disparaître sous l'influence de la première grossesse ou de la lac» tation qui la suit. » Aussi quel fut mon étonnement quand, à dix-huit mois de là, je fus appelé à Meaux auprès de cette jeune personne, alors mariée et récemment accouchée, à l'effet de lui pratiquer l'extirpation de la mamelle. J'appris d'elle alors que, devenue femme et mère, elle avait vu son sein gauche s'accroître plus que le droit pendant sa grossesse, et que vers la fin de celle-ci et après son accouchement le volume de ce sein s'était tellement accru que la peau qui le recouvrait s'était fendue en plusieurs points de sa surface et laissait voir à nu le tissu de la glande, d'où s'écoulait incessamment une quan-

tité notable de lait mêlé de pus. En effet, le sein gauche, quand il me fut montré, avait le volume d'une tête d'adulte, et offrait une peau fine, lisse, tendue, crevassée en différents points par lesquels s'écoulait le mélange de pus et de lait signalé plus haut, et la quantité de ce liquide était telle qu'il traversait les pièces de pansement et épuisait sensiblement les forces de la malade. Amussat, qui avait été consulté, avait prescrit l'ablation du sein, et j'étais demandé pour la pratiquer. Elle fut faite en présence et avec l'aide de MM. Martineau et Gaucher. La masse enlevée pesait cinq livres; il ne fut pas possible d'isoler la tumeur du reste de la glande, et j'eus à cause des crevasses de la peau beaucoup de difficulté à conserver assez de téguments pour obtenir la réunion immédiate de la plaie d'amputation.

Incisé après son ablation, le tissu de la tumeur offrait l'aspect granulé et rougeâtre, qu'avait le tissu de la mamelle elle-même, alors encore le siége de la fluxion sanguine qui existe pendant la lactation, et de tous les points de la coupe pratiquée sur ces deux tissus suintait par la pression une notable quantité de lait.

Mon opérée a parfaitement guéri; je l'ai revue depuis, et sa santé a toujours été bonne.

Tel est le cas que j'ai observé, et dont j'ai eu occasion, je crois, de parler dans cette Société il y a quelques années. L'observation si complète de M. Goyrand vient le confirmer. De pareils faits toutefois sont très-rares; dans un cas cité par A. Cooper, la tumeur, qui pesait plusieurs livres, s'était ouverte par suite d'un travail d'ulcération à sa partie la plus saillante, et avait produit des végétations granuleuses qui fournissaient une matière purulente; mais cet auteur ne parle pas de lait, ce qui s'explique sans doute par cette double circonstance que la malade affectée n'était ni accouchée ni nourrice. Il était réservé à M. Goyrand d'observer ce fait rare dans cette décisive condition d'existence, et d'en tirer le seul enseignement qu'il comporte.

Cependant je n'adopterai pas la conclusion pratique que ce chirurgien fait découler de son intéressante observation, en écrivant que « si de semblables faits se présentaient quelquefois, au lieu de con» seiller le mariage comme un remède contre les *adénoïdes*, on devrait » énucléer ces tumeurs avant l'époque où les jeunes femmes sont ex» posées à devenir grosses. » Je lui opposerai les trois raisons qui suivent, sans pouvoir les développer :

1° Que le fait observé par M. Goyrand et par moi est extrêmement rare;

2° Que le mariage, la grossesse et la lactation ont fait disparaître

un certain nombre de ces tumeurs ; je pourrais en citer un cas pris dans ma pratique particulière ;

3° Enfin, que très-souvent ces sortes de tumeurs res'ent stationnaires pendant la grossesse et après, et sont portées par les femmes pendant de longues années sans accidents aucuns.

M. HUGUIER ne trouve pas le travail de M. Goyrand aussi concluant que son titre semble l'indiquer. MM. Velpeau et Cruveilhier regardent les tumeurs adénoïdes comme un produit de nouvelle formation ; M. Goyrand donne son observation à l'appui de cette opinion, et pourtant, dans ce cas particulier, il semble bien qu'il n'y ait eu autre chose qu'une hypertrophie lobulaire. Sur quoi, d'ailleurs, repose l'opinion de MM. Velpeau et Cruveilhier? Sur ce que certaines tumeurs du sein ne sont pas pédiculées, et sur une prétendue loi en vertu de laquelle les tissus nouveaux auraient de la tendance à revêtir la forme des tissus naturels. M. Huguier objecte à cette manière de voir que jamais on n'a vu le tissu du foie ou d'une autre glande se développer dans une partie du corps éloignée du point où ces tissus se développent normalement. M. Goyrand s'est donc trompé en admettant les tumeurs adénoïdes de nouvelle formation. Il n'y a que deux sortes de tumeurs adénoïdes : celles qui communiquent encore avec la glande, et celles qui ne communiquent plus.

M. MARJOLIN pense que le travail de M. Goyrand est plus intéressant qu'on ne veut l'admettre. Il tend à prouver :

1° Contrairement à l'opinion de M. Velpeau, que des tumeurs adénoïdes peuvent exister avec un pédicule qui se continue avec le tissu de la mamelle ;

2° Qu'il y a des tumeurs adénoïdes enkystées.

Suivant M. GIRALDÈS, M. Cruveilhier ne connaissait que les tumeurs fibreuses du sein, à l'époque où il a exprimé l'opinion qu'on a rappelée dans cette discussion. C'est M. Giraldès qui, le premier, a établi devant la Société anatomique la distinction des tumeurs adénoïdes et hypertrophiques. Quelquefois, dit-il, les premières de ces tumeurs sont formées par le développement des *vasa aberrantia;* elles sont alors susceptibles d'être énucléées.

M. MOREL est de l'avis de M. Giraldès sur la valeur du mémoire de M. Goyrand. Suivant lui, il y a des cas où l'hypertrophie de la glande mammaire est tellement générale, que c'est alors la partie saine qui s'isole.

Après quelques paroles échangées entre MM. Huguier et Marjolin,

M. GOSSELIN demande que la Société ne se hâte pas d'admettre des choses qui ont encore besoin de preuves. Les tumeurs adénoïdes peuvent-elles exister indépendamment de la glande mammaire, sont-elles parfois un produit de nouvelle formation? M. Gosselin regarde cette question comme très-difficile à résoudre. Dans tout ce qui est dit pour ou contre, il ne voit que théorie et suppositions. Il ne lui répugne pas d'admettre que des tissus plus ou moins analogues à ceux de la glande mammaire puissent se développer au voisinage de la mamelle.

M. VERNEUIL n'admet pas l'opinion de M. Gosselin. La Société de chirurgie s'est prononcée avec connaissance de cause. M. Lebert a d'ailleurs résolu cette question dans son livre. M. Verneuil a lui-même démontré que, dans le tissu gélatiniforme des tumeurs adénoïdes, il y a des débris de conduits galactophores.

M. GIRALDÈS répond à M. Gosselin qu'il joue sur des mots; il doit savoir, dit-il, que nous n'arrivons à la vérité que par approximation, et non par les procédés rigoureux des mathématiques.

CORRESPONDANCE.

M. le professeur Michaux (de Louvain), membre correspondant, fait hommage de deux mémoires, l'un sur les pieds bots poplités internes, l'autre sur la résection du coude.

— La Société reçoit, en outre, le discours prononcé par M. Letenneur (de Nantes) lors de la rentrée de l'Ecole, sur les devoirs du médecin.

— M. LARREY présente, de la part de M. Saurel, membre correspondant de la Société à Montpellier, un mémoire sur les *tumeurs des gencives connues sous le nom d'épulies*.

L'auteur, ayant eu occasion d'en observer deux cas, y a joint seize autres observations éparses dans les recueils périodiques, et il en a formé une monographie à peu près complète, divisée en trois parties, à savoir: l'historique, l'exposé des faits et l'étude pathologique.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DEMARQUAY présente une pièce recueillie dans le service de M. Monod à la Maison de santé. Une note écrite qu'il nous a remise nous apprend qu'un homme, âgé de cinquante-sept ans, ayant fait une chute sur un trottoir, se fractura le fémur droit dans sa partie inférieure. L'appareil de M. Martin fut appliqué pendant un mois. Au bout de ce temps, le membre fracturé fut simplement étendu sur des cous-

sins. A la même époque, le malade fut atteint d'une pneumonie qui l'emporta au bout de quelques jours.

La pièce qui est présentée à la Société montre :

1° Qu'une fracture oblique s'est produite un peu au-dessus des condyles du fémur ;

2° Qu'il y a une fracture inter-condylienne.

M. GOSSELIN rappelle, au sujet de cette présentation, que M. Trélat a insisté sur la fréquence des fractures inter-condyliennes chez les personnes âgées de plus de cinquante ans. M. Gosselin pense que les fractures inter-condyliennes du fémur qui se produisent dans une simple chute dépendent de la pénétration du fragment supérieur dans l'inférieur. C'est en vain qu'on tenterait, dans ces cas, de lutter efficacement contre le déplacement suivant la longueur et l'épaisseur de l'os.

M. GIRALDÈS veut qu'on sache que cette pièce a déjà été présentée à une autre société, parce que si on ne mentionnait pas ce fait, on pourrait croire à l'existence de deux observations semblables.

M. LARREY signale la paralysie des membres inférieurs comme une prédisposition toute spéciale aux fractures du corps du fémur, sous l'influence même des causes les plus faibles, et sans la coïncidence nécessaire d'un âge avancé. Il a eu occasion d'en observer depuis assez peu de temps trois exemples remarquables.

Le premier fait se rapporte à un ancien chirurgien-major de l'armée encore jeune cependant, qui était atteint depuis plusieurs années d'une paraplégie incomplète. Les mouvements n'étaient pas tout à fait abolis, et la sensibilité était vivement exaltée. Ce fut dans un moment de souffrance que le malade, croisant la cuisse droite sur l'autre et la comprimant pour se soulager, sentit le fémur se rompre un peu au-dessus de son tiers moyen. La fracture était simple, mais elle ne put se consolider qu'après un temps assez long et avec raccourcissement. La paralysie fit des progrès et entraîna la mort.

Le second fait s'est présenté l'année dernière au Val-de-Grâce, chez un officier d'une trentaine d'années seulement, mais qui paraissait plus âgé de vingt ans, par un état de paralysie des membres ; il était en même temps frappé de cécité amaurotique. C'est dans cette triste situation que, par un simple effort pour mettre une botte, en croisant la cuisse gauche sur l'autre, ce malheureux se fractura le fémur au-dessus des condyles. La fracture était compliquée de déchirure de la peau à la face externe du membre, avec saillie du fragment supérieur taillé en pointe, de perforation de la capsule synoviale du genou, et enfin d'épan-

chement de sang dans l'articulation. Un cas aussi grave aurait nécessité l'amputation, si l'état d'infirmité du sujet ne s'y était opposé. Des mouvements spasmodiques involontaires mirent obstacle à la contention soutenue de la fracture, qui se consolida cependant à la longue, mais par un cal médiat difforme, et des complications locales autant que les complications de la paralysie firent périr le malade plusieurs mois après son entrée à l'hôpital.

Le troisième fait se trouve actuellement au Val-de-Grâce chez un officier d'une quarantaine d'années, atteint de paraplégie incomplète, dont l'origine remonte à 1848. Il était, au mois de décembre 1856, dans un état à peu près stationnaire de paralysie partielle des mouvements, avec exaltation de la sensibilité des membres, qui cependant supportaient un peu la marche, lorsqu'il se cassa la cuisse gauche dans un simple effort de pression pour retirer sa botte. La fracture, siégeant au tiers inférieur du fémur, était simple, mais un peu oblique; elle fut soumise sans succès à diverses méthodes de traitement, et le malade fut évacué d'un hôpital de province sur le Val-de-Grâce dans le courant d'octobre dernier, dix mois après l'accident. La consolidation de la fracture semble s'établir enfin, et la paraplégie n'a pas augmenté.

M. Larrey, en communiquant le sommaire de ces trois observations, les croit dignes de quelque intérêt, comme offrant un rapprochement à faire entre la paralysie et la sénilité sur la prédisposition aux fractures.

M. CHASSAIGNAC remarque que le fragment externe est seul porté en arrière, tandis que l'interne est resté vertical.

M. MARJOLIN rappelle que M. Martin a demandé à plusieurs reprises que la Société fît un rapport sur son appareil. S'il y a jamais eu, dit-il, une indication de cet appareil, c'est assurément dans le cas dont il est question, et pourtant il a complétement échoué.

M. Marjolin ajoute que les fractures inter-condyliennes n'existent pas seulement chez les hommes âgés. Il a eu souvent l'occasion d'en observer chez les enfants, et tout récemment il a donné des soins à deux petits malades âgés de dix à douze ans, qui avaient une fracture inter condylienne du fémur.

Le secrétaire de la Société, Alph. GUÉRIN.

Séance du 16 décembre 1857.

Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. LARREY présente un officier de l'armée d'Afrique chez lequel une plaie compliquée de la face et du cou par une balle a été suivie de l'extraction du projectile six mois après la blessure.

Coup de feu à la joue. — Fracture comminutive de la branche droite du maxillaire inférieur. — Extraction de la balle six mois après dans la région sus-claviculaire gauche.

Observation recueillie par M. Lhonneur, aide de clinique chirurgicale.

M. Roussel, lieutenant aux tirailleurs algériens, entré au Val-de-Grâce le 21 octobre 1857, sorti le 9 décembre, avait été blessé à la face, le 24 mai 1857, dans l'expédition de la Kabylie. Cet officier reçut à la joue droite une balle qui lui fracassa la branche droite du maxillaire inférieur, et en même temps plusieurs dents molaires. A l'ambulance, où il fut transporté immédiatement, trois dents et plusieurs esquilles complétement détachées furent enlevées. Aucune recherche ne fut faite pour trouver la balle (le blessé croyait même l'avoir rejetée au milieu des caillots sanguins), on n'en fit point davantage pour reconnaître la profondeur de la plaie. On constata seulement la pénétration dans la bouche et la perte presque complète de la branche du maxillaire. Un pansement simple fut appliqué sur la plaie et la mâchoire immobilisée. Le blessé fut ensuite évacué sur l'hôpital de Tizi-Ouzou.

Les suites de cette blessure grave furent assez simples : il survint d'abord un gonflement considérable de la face et du cou; cet accident céda aux émollients et aux révulsifs intestinaux. Une suppuration abondante s'établit et amena l'élimination de nouvelles esquilles. Moins d'un mois après la blessure, M. Roussel put être évacué sur Alger, où la guérison de la lésion de la face se compléta.

Quarante jours après la blessure, la face était guérie; la mastication seule restait pénible à cause du peu de solidité de la branche du maxillaire.

Mais le blessé éprouvait toujours une gêne considérable dans la dé-

glutition : il lui semblait que les aliments s'arrêtaient à la partie moyenne du pharynx. Les mouvements de latéralité du cou étaient gênés. La pression déterminait une douleur vive à gauche en arrière des vaisseaux carotidiens. Il n'existait du reste aucune tumeur. Depuis cette époque, les mêmes symptômes ont persisté; seulement le point douloureux, d'abord situé au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, s'est peu à peu abaissé jusqu'au point où il existe aujourd'hui, et la gêne dans la déglutition a en même temps diminué. Le malade rend compte de ce phénomène en disant qu'il a *senti descendre comme une boule*, qu'il croit être la balle.

Aujourd'hui, à la place de la saillie formée par la branche du maxillaire inférieur, existe une dépression, ce qui donne à la face une étroitesse remarquable. En avant de cette dépression, un peu au-dessus du bord supérieur du corps de l'os, on observe une petite cicatrice de 1 centimètre de diamètre environ, superficielle, sans adhérences, de forme ovalaire : c'est la cicatrice de la plaie d'entrée du projectile.

En faisant ouvrir la bouche, on constate l'absence des trois dernières molaires; la branche osseuse est déformée et presque complétement remplacée par un tissu fibro-cartilagineux de nouvelle formation. L'union du condyle au corps du maxillaire établie par ce tissu est du reste solide. Les dents se correspondent parfaitement. Les mouvements de la mâchoire sont libres; la mastication et la parole sont faciles. Il existe quelquefois une salivation abondante dont le blessé a eu déjà à souffrir.

Les mouvements du cou sont gênés, surtout ceux d'inclinaison à droite. La tête est habituellement dans la position du torticolis à gauche, c'est-à-dire inclinée de ce côté, la face regardant à droite, quoiqu'il n'y ait point de contracture ni de rétraction du sterno-cléido-mastoïdien.

La pression détermine une douleur profonde à droite, au sommet du triangle sus-claviculaire, en avant du bord antérieur du trapèze. Dans ce point existe une tuméfaction peu limitée, peu saillante, sans changement de coloration à la peau ni fluctuation : la dépression normale est seulement effacée. Le malade croit cette douleur fixe et la tuméfaction due à la présence de la balle. Comme il existe probablement là un foyer inflammatoire à marche lente, des onctions mercurielles sont ordonnées d'abord sans résultat, ainsi que trois applications de sangsues et de cataplasmes émollients. L'engorgement persiste, et même la tuméfaction devient plus saillante. L'empâtement sous-cutané est plus marqué.

Le 2 et le 7 novembre, on applique successivement deux vésicatoires volants, dans le but d'amener la résolution ou de hâter la suppuration. Le 13, la tumeur présente le volume d'une moitié d'œuf; elle fait plus de saillie. Elle est le siége d'une subfluctuation. Les mouvements du cou sont plus pénibles.

M. Larrey pratique alors une ponction profonde de 3 centimètres dans la région sus-claviculaire, et il introduit dans la plaie une sonde de femme. Cette exploration donne la certitude de l'existence d'un corps étranger profondément situé derrière les vaisseaux carotidiens. Mais la douleur vive que détermine le moindre mouvement de l'instrument explorateur fait renoncer à toute tentative d'extraction immédiate, et on cherche à dilater la plaie avec de petites mèches.

Le 21, le blessé est soumis aux inhalations de chloroforme; M. Larrey débride l'incision dans tout son trajet avec beaucoup de ménagements; il le dilate ensuite, le distend avec les mors d'une longue pince, afin d'éviter toute lésion vasculaire ou nerveuse. Il sent alors facilement le corps étranger situé au-devant des apophyses transverses des vertèbres, près des origines des paires cervicales. Il essaye de le soulever à l'aide d'une curette, et, après plusieurs tentatives, il parvient à le saisir avec des pinces, et enfin à l'extraire.

C'est une balle de fort calibre, aplatie et déformée. Sa déformation même rend compte des difficultés de son extraction, et permet de croire que cet effet mécanique est dû au choc du projectile contre l'os maxillaire.

Un pansement simple à l'aide d'une petite mèche et des cataplasmes amènent très-peu de suppuration à la suite, et le 1er décembre la plaie se trouve cicatrisée sans accidents.

Le 9 décembre, les mouvements du cou sont devenus libres dans tous les sens; la pression n'est plus douloureuse, et l'opéré sort de l'hôpital.

M. Larrey a cru ce fait digne de l'attention de la Société, comme cas de blessure par arme à feu dans la région sous-maxillaire, démontrant la déformation du projectile par un choc osseux, sa tendance à la migration par son poids dans la profondeur du cou, et l'heureux résultat de l'extraction consécutive par dilatation plus que par débridement de la plaie.

A l'occasion de la présentation de M. Larrey, M. HOUEL rappelle que dans le duel où Dulong fut tué par le général Bugeaud, la balle qui atteignit au front le malheureux député se divisa en deux moitiés,

dont l'une traversa la tête, tandis que l'autre passa entre le crâne et le cuir chevelu.

M. DEGUISE fait remarquer que la balle extraite de la plaie du malade de M. Larrey était une balle forcée, ce qu'il reconnaît à un sillon qui l'entoure.

— M. RICHARD présente un malade affecté d'une tumeur cancéreuse d'un volume considérable, et siégeant dans la région claviculaire. Il croit que cette maladie est au-dessus des ressources de la chirurgie.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. DEGUISE exprime une opinion opposée à celle de M. Larrey sur la coïncidence des fractures et de la paraplégie. Il n'admet pas l'influence de la paralysie sur les fractures, parce qu'à Charenton, où les paralysies générales progressives sont très-fréquentes, les fractures sont assez rares.

M. HOUEL rappelle que Gerdy a cherché à prouver que les os qui ne servent plus à la marche se ramollissent et deviennent fragiles et mous, au point qu'on peut les couper avec un scalpel.

M. DEGUISE n'a jamais rencontré ce ramollissement chez les paralytiques.

M. DEMARQUAY dit l'avoir observé chez des malades affectés de tumeur blanche.

M. HOUEL ayant objecté que la paralysie doit être de date ancienne pour produire la friabilité des os, M. DEGUISE répond que la durée de la paralysie générale n'est pas aussi courte que le croit M. Houel. Il y a des paralytiques qui vivent à Charenton pendant dix et quinze ans.

M. LARREY signale une différence entre les faits invoqués par M. Deguise et ceux dont il a entretenu la Société. Dans les trois observations qu'il a rapportées, il n'y avait qu'une paralysie locale.

CORRESPONDANCE.

M. le président rend compte à la Société de l'accident arrivé à M. Bérard, et prie M. Deguise de vouloir bien s'informer de ses nouvelles au nom de la Société.

— M. H. Périat, médecin à Tournon-sur-Rhône, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant.

— M. Bouvier fait hommage de ses *Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur*.

— La Société reçoit un mémoire de M. Mathijsen sur les appareils inamovibles.

— M. RICHARD, à l'occasion de la correspondance, donne lecture d'une note *sur quelques cas de cancers de la cavité buccale*, adressée à la Société de chirurgie par M. le docteur Am. Le Plé, ancien interne des hôpitaux, médecin aux Grandes-Ventes, arrondissement de Dieppe.

Le hasard m'ayant offert déjà un grand nombre de cas de cancers siégeant dans la cavité buccale, je me fais un devoir de soumettre à MM. les membres de la Société de chirurgie les impressions que m'ont laissées les plus remarquables de mes observations sur ce sujet :

1° M. P..., d'Auffay (Seine-Inférieure), âgé d'environ soixante ans ; 1851. Ce malade était atteint depuis environ huit mois d'une large ulcération siégeant sur le bord gauche de la langue, et s'élargissant vers la base de l'organe. Prise tout d'abord pour un de ces aphthes rebelles qu'entretient si souvent l'incurie dentaire des campagnards normands, l'ulcération fut inutilement combattue à l'aide de topiques soit stringents, soit caustiques. Opéré par M. le docteur A. Flaubert, de l'Hôtel-Dieu de Rouen, le malade sembla guéri pendant six mois ; puis apparurent des symptômes ganglionnaires sous-maxillaires, qui préludèrent rapidement à une récidive qui l'emporta.

2° Un malade de l'Hôtel-Dieu de Rouen (1854), environ soixante-cinq ou soixante-dix ans. Masse cancéreuse encéphaloïde énorme siégeant à la base de la langue, et accompagnée du cortége de symptômes généraux et locaux qui ne permettent aucun doute sur le diagnostic. Il demande à être opéré. Premier jour, ligature des artères sublinguales dans leur point de contact avec la portion antérieure du muscle digastrique. Deuxième jour, incision comprenant toute la partie de la ligne médiane située entre la saillie thyroïdienne et le milieu de la lèvre inférieure gauche ; division du maxillaire inférieur à l'aide d'une scie à chaînette. La tumeur énorme (volume d'un œuf de dinde) est parfaitement isolée et enlevée dans son entier : hémorrhagie peu importante malgré l'étendue et la vascularité des régions attaquées. La suture du maxillaire est pratiquée à l'aide d'un fil d'argent passant par deux trous de foret, celle des parties molles à l'aide de sutures entortillées. Guérison apparente pendant six semaines ; puis récidive et mort. (Service de M. Flaubert, Hôtel-Dieu de Rouen.)

3° Un homme de cinquante-deux ans, bûcheron (1856), vient me consulter pour une tumeur squirrheuse sans ulcération, siégeant sous la langue, à gauche, entre la pointe de l'organe et son bord (volume d'une noix). Sur mon refus de l'opérer, il se rend à Paris, où il a trouvé un chirurgien plus hardi. Il revient guéri vers la fin de l'année. Mais au mois de mars dernier, il me fit demander pour combattre une

hémorrhagie qui provenait du siége de l'opération. Je trouvai une tumeur deux fois plus volumineuse que la première, avec engorgement ganglionnaire sous-maxillaire. Le perchlorure de fer eut raison de cette hémorrhagie, mais il n'en fut pas de même d'une seconde hémorrhagie, qui enleva le malade au mois de mai.

Je donne actuellement des soins à un habitant de Saint-Honoré (arrondissement de Dieppe), M. G..., âgé de soixante-trois ans, auprès duquel j'ai été demandé, il y a environ deux mois, pour édifier sa famille sur la cause d'une inflammation de la gorge durant depuis huit mois. Un officier de santé du voisinage, croyant avoir affaire à une amygdalite, s'était contenté de prescrire des émollients, sans informer l'entourage du malade de la gravité de ce mal de gorge. Je trouvai une tumeur oblongue de 4 centimètres, siégeant à la région amygdalienne droite. J'avoue que le teint seul du malade m'eût donné, sans l'inspection de la tumeur, des présomptions sérieuses sur la nature de l'affection. J'ai refusé l'opération qui m'était demandée (nous autres praticiens de la campagne devons être plus circonspects que qui que ce soit sous le rapport des décisions chirurgicales), et bien m'en a pris, car, huit jours après, malgré les résolutifs dits anti-cancéreux (préparations *intus* et *extra*, de ciguë, extrait thébaïque, iodure de fer, etc.), les ganglions sous-maxillaires droits annonçaient le progrès de l'infection cancéreuse.

Il y a quinze jours, j'ai constaté une hémorrhagie effrayante (environ 2 kilogrammes de sang rutilant); depuis lors, le mal a quintuplé d'étendue; c'est une large ulcération, avec une base qui absorbe presque tout l'arrière-fond pharyngien. Mon malade ne parle presque plus; la déglutition est une douleur poignante. Si mes pressentiments ne me trompent, il aura succombé avant la fin de cette année.

A côté de ces quatre cas saillants, je pourrais encore en grouper d'autres qui viendraient à l'appui de l'opinion émise par l'honorable M. le docteur A. Richard, dans la séance du 2 décembre, à savoir, que l'expérience démontre chaque jour l'impuissance du chirurgien pour la guérison du cancer siégeant dans les tissus buccaux. Mes commentaires seraient superflus en présence de la triste conclusion des cas nombreux que j'ai observés.

Mais à côté du découragement de ces observations, je dois placer comme heureux contraste trois succès confirmés depuis quatre, deux et un ans, dans la cure du cancroïde cutané connu sous le nom de *noli me tangere*. Cette désignation, que je crois pouvoir regarder comme une antiphrase, ne saurait servir de ligne de conduite pour la plupart

des cas. Après de nombreux insuccès (que j'ai constatés) à l'aide des caustiques potentiels (Vienne, Filhos, Rousselot), j'ai cru devoir, le jour où je fus appelé à agir seul pour la première fois, donner la préférence au cautère actuel. Trois fois j'ai décidé le patient à s'y soumettre (ce qui n'est pas toujours facile), trois fois, après une opération généralement peu douloureuse, j'ai obtenu une guérison persistante.

Un cas surtout m'a surpris agréablement. Il s'agissait d'une femme âgée de 79 ans, et portant un large cancroïde recouvrant presque toute la joue droite, l'aile du nez voisine et le bout du nez en entier. Or, il devint impossible, même pour l'œil le plus exercé, de retrouver, deux mois après la cautérisation, la moindre trace cicatricielle sur une surface aussi grande et aussi impressionnable aux moindres désordres. Cinq mois après, je dus recommencer sur le côté opposé de la face, dans des conditions presque semblables ; même résultat sous le rapport de la conservation intacte des formes ; et cependant la vieille femme n'a pas été épargnée par les rides des années.

Je soumets ces remarques au savant aréopage qui entendra la lecture de cette note, persuadé que leur sujet, développé par des hommes plus habiles et plus autorisés, pourra servir à jeter plus tard quelque lumière sur une maladie partout décrite, mais nulle part expliquée.

M. COSTE (de Marseille), membre correspondant, lit le mémoire suivant sur les désarticulations des membres :

Ayant eu occasion de pratiquer cette année dans mon service à l'Hôtel-Dieu de Marseille cinq désarticulations, deux de l'épaule, une de la hanche et deux du genou, j'ai pu mettre à exécution pour les trois premières les idées que depuis longtemps je professe sur le choix à faire dans les diverses méthodes qui constituent le manuel de ce genre d'opérations.

Déjà en 1852, à propos d'une amputation du pied par la méthode de Chopart, j'avais consigné brièvement ces préceptes dans le numéro du 25 septembre de l'*Union médicale*. Permettez-moi aujourd'hui de les rappeler et de profiter de quelques faits importants pour vous exposer les motifs qui me les font préconiser.

Ces préceptes se résument en deux mots : 1° Dans toute désarticulation, quand la lésion laisse au chirurgien le choix de la méthode, tailler deux lambeaux plutôt qu'un seul, dussent-ils offrir des dimensions différentes. 2° Les tailler de dehors en dedans, pour les avoir suffisants et bien réguliers.

Les règles que je cherche à généraliser reposent sur les considérations les plus simples.

D'abord il est bien évident que, pour l'amputation dans une articulation entourée d'épaisses couches charnues, comme l'épaule ou la hanche, l'opération faite, on maniera mieux deux lambeaux qu'un seul, on les affrontera plus aisément, sans effort, sans tiraillement, parce qu'ils viendront à la rencontre l'un de l'autre, et l'adhésion immédiate aura beaucoup plus de chances de se produire.

Si au contraire vous faites un seul lambeau, vous êtes obligé pour qu'il rejoigne l'incision opposée de le tendre plus ou moins fortement et de lui faire subir une inflexion toujours compromettante pour sa vitalité. Survient-il du gonflement, ce lambeau s'écarte et la surface articulaire reste à découvert ; vous ne pouvez plus compter sur la réunion.

Voilà pour le premier précepte.

Maintenant, au point de vue de la régularité et de la bonne confection des lambeaux, je ne doute pas un instant qu'il ne soit préférable de les faire en allant de la peau vers les parties profondes.

En effet, dans une désarticulation, les moindres notions d'anatomie apprennent à ouvrir la jointure. La difficulté de l'opération n'est pas là ; elle est tout entière dans la manière plus ou moins heureuse de former les lambeaux. L'habileté du chirurgien consiste surtout à tailler des lambeaux qui ne soient ni trop longs ni trop courts, et dont les bords, régulièrement coupés, puissent se joindre exactement par tous les points de leur contour. S'il en est ainsi, et on ne saurait le méconnaître, il sera manifestement plus aisé d'atteindre le but en divisant les chairs d'avant en arrière, que par le procédé inverse ; de cette façon l'opérateur pourra en quelque sorte sculpter ses lambeaux.

Sans doute il faut encore en manœuvrant ainsi mesurer soigneusement du regard la ligne où devra passer le couteau ; mais incontestablement le coup d'œil pourra alors moins faire défaut au chirurgien que dans le cas où l'instrument, introduit par embrochement, est dirigé des profondeurs du membre vers la superficie. Ici on ne saurait nier que le chirurgien agit presque en aveugle ; aussi la main la plus exercée peut-elle se tromper.

Objectera-t-on que la formation des lambeaux de dehors en dedans rend l'opération plus longue, et partant moins brillante ? D'abord ce serait là, je crois, un bien faible inconvénient. Qu'importe que l'exécution d'une opération soit un peu moins rapide, si en définitive le résultat doit être meilleur ? Mais encore, après avoir bien pris ses mesures et pénétrant résolûment dans les chairs, le chirurgien qui opère selon

ma préférence peut tout aussi promptement achever son œuvre que celui qui procède autrement.

Un dernier précepte, qui est le corollaire du second de ceux que je m'efforce de faire prévaloir, c'est que les lambeaux doivent toujours être taillés d'abord, et la désarticulation constituer le temps final de l'opération.

C'est d'après ces idées que j'ai pratiqué les trois opérations dont je vais avoir l'honneur d'entretenir la Société.

J'ai pu, comme vous en jugerez, me ménager ainsi des lambeaux toujours suffisants, d'une parfaite régularité, et dont la facile coaptation n'a pas dû être étrangère à la terminaison heureuse que j'ai obtenue dans les trois cas.

Je passe sous silence les deux amputations du genou, ces opérations ayant été faites par la méthode circulaire de M. Velpeau, et n'ayant conséquemment aucun rapport avec le principal objet de cette communication.

Toutefois, comme les avantages de l'amputation du genou sont aujourd'hui très-controversés, je signale seulement, et d'une manière tout incidente, que l'un de mes opérés a guéri; l'autre est mort d'infection purulente.

La première désarticulation de l'épaule a été faite le 20 janvier 1857 pour une lésion traumatique, sur le nommé Costa, âgé de trente-cinq ans, journalier piémontais.

Cet homme, d'une constitution robuste, travaillait dans un puits des chantiers du chemin de fer de Toulon, lorsqu'un bloc de pierre, en tombant, lui fracassa l'épaule gauche. Un appareil lui fut appliqué par le médecin de la localité voisine, et ce ne fut que trois jours après qu'on l'apporta à l'Hôtel-Dieu. L'appareil enlevé, je constatai une fracture comminutive de l'humérus à la partie supérieure avec une vaste plaie de 10 centimètres de longueur, s'étendant obliquement de la région antérieure et supérieure du bras à la face interne; cette plaie communiquait directement avec le foyer de la fracture. Il existait également une eschare de la largeur d'une pièce de 5 fr. vers le bord interne de la plaie. Tout le moignon de l'épaule était gonflé, et une rougeur érysipélateuse très-marquée gagnait même la partie antérieure et supérieure du thorax. Un cataplasme fut appliqué le soir.

Le lendemain, prenant en considération l'extrême gravité de la lésion, qui ne laissait aucun espoir de conserver le membre, je résolus de pratiquer l'amputation de l'épaule, et je l'exécutai de la manière suivante :

Les procédés classiques de Larrey et de Dupuytren étaient impossibles, la plaie occupant presque toute la partie antérieure et interne. Les chairs postérieures et externes seules étaient intactes ; c'est donc là que je devais tailler mon lambeau.

La compression étant faite avec le pouce d'un aide sur l'axillaire au niveau du tubercule de la première côte, je plongeai profondément jusqu'à l'os un grand bistouri à la hauteur de l'acromion, et, descendant obliquement en dehors et en arrière, je formai un lambeau externe et postérieur, que je fis relever ; puis, passant immédiatement en dedans, je dessinai avec le bistouri l'incision interne, réservant la section des vaisseaux pour la dernière partie. Cela fait, la désarticulation de la tête humérale fut rapidement exécutée, malgré la difficulté que présentait la fracture, celle-ci supprimant le bras de levier, et, la section des parties internes achevée, une ligature fut posée sur l'axillaire.

J'eus ainsi un lambeau qui recouvrait parfaitement toute la plaie, et dont le pourtour venait exactement se marier avec le bord de l'incision interne. Sur le milieu de cette dernière existait une fusée purulente avec décollement qui gagnait jusque vers la partie antérieure de la poitrine. Des points de suture entrecoupée maintinrent la réunion, excepté au niveau de la fusée, où les fils n'auraient pas tenu, et dont je comprimai le trajet avec des boules de charpie et des bandelettes de diachylon ; un pansement ordinaire fut appliqué.

Suivant ma méthode, le pansement fut renouvelé le plus tard possible, et ce n'est que le septième jour que j'enlevai le premier appareil. Pendant tout ce temps, l'état du malade avait été très-satisfaisant ; le sommeil était bon, la fièvre modérée. Dès le premier jour, l'opéré prit du bouillon, et le troisième jour il mangeait des soupes. Il n'a pas été un seul jour à la diète absolue. En soulevant un peu les bandes, on pouvait constater que l'érysipèle disparaissait. Du reste, le malade n'éprouvait dans le moignon aucune douleur.

A la levée de l'appareil, le moignon était dans le meilleur état ; pas le moindre gonflement, point de rougeur ; la réunion était faite partout, excepté au niveau de la fusée. En pressant sur le lambeau, il sortait peu de pus et de très-bonne nature. Tous les points de suture furent enlevés ; le pansement fut appliqué avec les mêmes précautions, c'est-à-dire en comprimant légèrement sur la fusée et sur le lambeau,

A partir de ce moment, la marche de la plaie fut très-régulière. Les pansements ne furent renouvelés que tous les cinq ou six jours. Au troisième pansement la fusée purulente était comblée. A chaque pan-

sement la quantité du pus fournie soit par le trajet du fil, soit par le creux glénoïde, était peu considérable et de qualité très-légitime. La ligature tomba le vingt-deuxième jour de l'opération, et le trente-cinquième, 25 février, le malade sortait entièrement guéri, après avoir eu seulement six pansements.

— La seconde désarticulation de l'épaule fut pratiquée le mois suivant, 20 mars, sur le nommé Joseph Michel, âgé de cinquante-sept ans, cultivateur des Basses Alpes, pour une tumeur encéphaloïde du bras droit.

Les antécédents de ce malade sont intéressants au point de vue de l'étiologie. La première apparition de la tumeur ne datait que de six mois; mais six ans auparavant il avait eu une fracture de l'avant-bras dont la guérison avait été lente, et trois ans plus tard une nouvelle fracture de la partie moyenne de l'humérus, produite par une simple contraction musculaire pour soulever un fardeau. Après cinquante jours cette fracture n'était pas consolidée.

Le père de cet homme était mort d'un cancer de la lèvre inférieure, et sa mère de tubercules pulmonaires.

Six mois avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, le malade avait commencé à ressentir des douleurs vives à la partie supérieure du bras droit. Ces douleurs lancinantes allèrent toujours en augmentant, en même temps que le gonflement de la partie malade se déclarait, et le jour de son entrée il présentait une tumeur volumineuse, bosselée, avec quelques points ramollis et fluctuants; la peau était lisse; les veines superficielles développées; les ganglions de l'aisselle n'étaient point engorgés. La tumeur siégeait au-dessous du moignon de l'épaule; elle avait la forme d'un cône tronqué dont la base regardait l'épaule; au point le plus évasé, elle mesurait 40 centimètres de circonférence.

Cette tumeur était manifestement un encéphaloïde, ce que l'autopsie de la pièce démontra. L'humérus lui-même était fracturé et usé, comme l'indiquait, du reste, une mobilité excessive à ce niveau.

L'opération décidée, je la pratiquai le 20 mars. Ici encore les procédés classiques étaient impossibles. La partie supérieure du moignon de l'épaule était la seule partie saine; en dessous, le mal montait jusqu'au niveau de l'aisselle. Le procédé de Larrey était le seul qui fût applicable, et encore dut-il être modifié; car l'incision rectiligne fut descendue jusqu'à 7 centimètres au-dessous de l'acromion, et les deux autres incisions cernèrent directement le bras. En sculptant mes lambeaux, je fus obligé de disséquer, pour ainsi dire, la partie saine de la

partie malade, et la désarticulation faite, j'eus deux lambeaux d'égale dimension qui s'adaptèrent parfaitement.

Je réunis sans suture, à l'aide de quelques bandelettes de diachylon, et fis un pansement ordinaire.

Le premier jour, le malade fut mis à l'usage du bouillon additionné d'un peu de vin, et il n'éprouva aucun accident. Le pansement ne fut fait que le neuvième jour, et la réunion était opérée dans une grande partie de la plaie. Le pus était bon et peu abondant. Dès ce moment, le malade ne fut pansé qu'une fois par semaine.

Tout allait très-bien, et la guérison paraissait presque achevée, lorsqu'un accident, léger en apparence, vint l'entraver. Le trentième jour de l'opération, un petit abcès sous-cutané apparut sur le lambeau interne, et je dus l'ouvrir par une incision ; trois ou quatre jours après, un premier frisson se déclara, et le malade succomba rapidement à tous les symptômes d'une infection purulente, survenue ainsi le trente-quatrième jour de l'opération.

A l'autopsie, nous ne pûmes découvrir la moindre trace de phlébite des grosses et des petites veines de la région ; il n'y avait pas non plus d'abcès viscéraux. La cicatrisation du moignon était presque complète ; mais sur un point, au niveau du lambeau interne, l'affection cancéreuse avait commencé à repulluler.

La troisième observation dont j'ai à vous faire part est intéressante à plusieurs titres : d'abord, eu égard à la gravité de l'opération et au succès que j'ai eu la satisfaction d'obtenir ; ensuite par rapport à la marche anormale de la lésion du membre correspondant.

Granava (Joseph), marin, âgé de dix-huit ans, entre le 5 mai à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, nº 60. En tombant de la mâture, à une assez grande hauteur, sur le pont du navire, il se fait une fracture des deux cuisses avec plaies. Ces plaies sont situées tout à fait au même point, en avant et en bas, à environ 7 centimètres au-dessus de la rotule ; elles sont petites et arrondies, formées évidemment par la hernie du fragment supérieur, qui s'était réduit ensuite. Du côté droit, la fracture était simple au niveau de la plaie, c'est-à-dire au tiers inférieur. Du côté gauche, il y avait comminution de l'os, double fracture, d'abord au niveau de la plaie, et, plus haut, au-dessous des trochanters ; il y avait donc un long fragment moyen isolé ; une esquille avait été retirée de la plaie.

Un appareil contentif est appliqué de chaque côté dans la position horizontale ; je prescris des lotions résolutives, puis un appareil amidonné avec fenêtres ménagées au niveau des plaies.

Pendant vingt jours le malade ne manifeste pas la moindre douleur ; le vingtième jour (25 mai), j'examine les appareils. Du côté droit, la suppuration est presque nulle, et la consolidation a commencé. Du côté gauche, la suppuration est très-faible ; il n'y a ni gonflement, ni rougeur, ni fusée purulente ; mais, en revanche, nulle trace encore de consolidation. Les appareils sont replacés. Au bout de huit jours, le malade se plaint du côté gauche ; la suppuration a beaucoup augmenté, et imbibe la charpie qui recouvre la fenêtre de l'appareil. Celui-ci, fendu dans sa longueur, permet l'examen du membre, que je trouve tuméfié ; la pression expulse une énorme quantité de pus. J'établis au moyen de la coque amidonnée une compression méthodique ; mais la suppuration va toujours en augmentant, le fragment moyen baigne dans une mare de pus, le malade s'affaiblit et dépérit rapidement. La consolidation du membre droit s'est arrêtée ; mais il n'y a point de suppuration.

En présence de ces accidents formidables, une chance unique de salut restait pour le malade, c'était le sacrifice total de son membre, la désarticulation de la cuisse.

Je pratiquai cette opération le 15 juin, quarantième jour de l'accident.

Le choix du procédé étant ici à ma libre disposition, j'optai pour celui de Béclard, donnant, on le sait, deux lambeaux d'égales dimensions, l'un antérieur et l'autre postérieur, mais que j'eus soin, comme toujours, de tailler de dehors en dedans.

Le malade étant soumis au chloroforme et couché sur le côté droit, je plongeai perpendiculairement un couteau d'amputation très-court jusqu'à l'os, à la partie externe du niveau du grand trochanter, et je sculptai mon lambeau postérieur en descendant à 3 centimètres au-dessous du pli de la fesse. Comme le malade était très-affaibli, les artères de ce lambeau, notamment la fessière et l'ischiatique, furent immédiatement liées. Le malade remis horizontalement sur le dos, je taillai mon lambeau antérieur en rejoignant les deux extrémités de la première incision. Ce lambeau, dont la courbure devait s'adapter à celle du lambeau postérieur, fut relevé aussitôt, l'artère crurale liée, et la désarticulation de la tête du fémur rapidement achevée.

Le malade avait perdu très-peu de sang, et l'anesthésie chloroformique avait été complète pendant toute la durée de l'opération.

En réunissant, mes lambeaux s'adaptaient exactement et fermaient la plaie comme les deux feuillets d'un livre. Des points de suture servirent à les maintenir, et le pansement ordinaire fut ensuite appliqué.

Le jour même du bouillon vineux et une potion cordiale furent donnés au malade, qui se trouvait dans un état très-avancé de prostration. Mais peu à peu le pouls se releva, sans que la fièvre survînt; les toniques furent continués avec avantage, et dès qu'il put la supporter, une alimentation solide lui fut prescrite.

J'avais fait transporter l'opéré dans une chambre payante, où il était seul et ainsi plus à l'abri des atteintes de l'infection purulente.

Le sixième jour, 21 juin, en raison de la chaleur de la saison et de l'odeur du pus, dont la quantité était cependant peu considérable, le pansement fut renouvelé. L'aspect du moignon était excellent : pas la moindre rougeur, point de gonflement; la réunion immédiate s'est effectuée presque partout, et le pus s'écoule par les deux angles de la plaie, qui donnent passage aux fils des ligatures. Quelques points de suture sont enlevés; on les coupe tous au deuxième pansement, fait quatre jours après le premier, soit le dixième de l'opération.

Dès lors la marche de la plaie a été des plus régulières ; nul accident n'est venu l'arrêter, ni gonflement, ni abcès, ni fusée. Seulement le creux cotyloïdien a continué à fournir du pus, qui sortait par les deux angles, jusqu'à l'accomplissement, toujours un peu lent, du travail de granulation adhésive qui devait combler cette fosse. Les ligatures sont tombées successivement, et celle de la crurale le vingt-huitième jour. Le 16 août, soixante jours après l'opération, le moignon était à peu près complétement cicatrisé. Le malade avait pris un embonpoint très-marqué.

Mais si tout avait marché avec cette heureuse régularité du côté du moignon, il n'en était pas de même pour la cuisse droite, qui a été le théâtre d'un fait chirurgical bien extraordinaire.

Le huitième jour après l'opération je fis enlever le bandage, croyant trouver le membre en partie consolidé, car le malade n'y accusait pas la moindre douleur. Quel ne fut pas mon étonnement en trouvant à la partie postérieure, au niveau de la fracture, une ulcération large comme la paume de la main, et le fragment supérieur hernié dans une hauteur de 4 centimètres !

Ce travail ulcératif s'était produit à l'insu du malade, sans douleur et sans la moindre suppuration; il n'y avait pas dans l'appareil deux gouttes de pus. La plaie antérieure était cicatrisée. Ce terrible accident vint arrêter un moment mes espérances de succès, et, si ce n'eût été la faiblesse du malade et l'affreuse idée de le mutiler encore, j'aurais songé à une amputation. Cependant comme la douleur était nulle ainsi que la suppuration, je fis réduire aussi bien que possible le

fragment hernié et placer un appareil de Scultet avec des plumasseaux de charpie au niveau de l'ulcération, comptant fort peu sur le résultat, et m'attendant à une nécrose du bout de l'os déplacé.

Après huit jours, la suppuration, quoique peu abondante, était cependant plus forte qu'avant le pansement, mais la plaie se couvrait de bourgeons de très-bon aspect, qui tendaient à protéger la longueur de l'os hernié. Un appareil fut replacé avec les précautions les plus minutieuses, pour éviter les mouvements des fragments. Dès ce moment, la suppuration diminua toujours ; la santé générale du malade s'améliorait à vue d'œil, et tandis que d'un côté le moignon se cicatrisait, de l'autre la cuisse se consolidait à mon grand étonnement, si bien que le 8 septembre, la plaie était entièrement cicatrisée.

La fracture soudée, on supprime l'appareil, et le malade commence à s'asseoir sur un fauteuil. Le genou, comme on le pense, était fort enroidi, mais sans ankylose complète, ce qui me fait croire à un retour des mouvements.

L'histoire de cette fracture, par le résultat inespéré qu'elle a eu, me semble être l'un des faits les plus extraordinaires qu'il soit donné au chirurgien d'observer.

Telles sont les trois opérations qui m'ont paru mériter, principalement la dernière, de fixer l'attention de la Société de chirurgie. En effet, la guérison d'une désarticulation de la cuisse est toujours digne d'être remarquée, surtout quand à la gravité déjà excessive de l'opération vient encore se joindre la complication d'une fracture avec plaie du fémur de l'autre membre.

Permettez-moi de rappeler aussi, sans vouloir toucher à cette grande question de l'amputation immédiate et de l'amputation tardive, sans intention non plus de rien conclure rigoureusement du fait en question; permettez-moi, dis-je, de rappeler que le malade a été amputé secondairement environ six semaines après son accident. Il a été ainsi opéré, parce que, comme vous venez de le voir, la marche des symptômes, en dépit de la gravité de la lésion, me commandait l'expectation; puis, quand l'impérieuse nécessité d'agir est venue, elle s'est trouvée d'accord avec les nouvelles tendances qui, en de semblables occasions, se sont depuis quelques années emparées de mon esprit.

Les déductions pratiques à tirer des faits que je viens d'avoir l'honneur d'exposer sont les préceptes formulés au début de cette note, préceptes trop peu suivis jusqu'à ce jour, que je voudrais voir généralement adoptés, et que je résume en cette simple proposition : Dans toute désarticulation, faire, chaque fois que cela est possible, deux

lambeaux et les tailler de dehors en dedans ; il y a tout avantage à procéder ainsi, sous le double rapport de la bonne confection du moignon et de la promptitude de la guérison.

Enfin, il est extrêmement utile, dans les amputations de membres, quelle que soit d'ailleurs la méthode employée, de faire des pansements retardés.

M. LEGOUEST ne partage pas les idées de M. Coste sur le mode opératoire. Quand on désarticule la cuisse en faisant un lambeau antérieur et un lambeau postérieur, ce dernier est difficile à maintenir. Il préfère l'opération qu'il attribue à M. Baudens, et qui consiste à ne tailler qu'un lambeau antérieur. M. Legouest ne pense pas que le succès obtenu par M. Coste soit bien concluant, car l'amputation dont il est question est de celles qu'on appelle secondaires. Or, d'après une statistique faite par M. Legouest, et qui porte sur 44 opérés, sur trente cas de désarticulation primitive de la cuisse, il n'y a pas un succès ; tandis qu'il y a deux guérisons sur onze cas d'amputation secondaire, et un sur trois cas où l'amputation a, dit-il, été pratiquée *ultérieurement*.

M. VERNEUIL pense que le mémoire de M. Coste offre une excellente occasion de discuter les avantages et les inconvénients des lambeaux taillés de dehors en dedans. Pour lui, depuis longtemps déjà, il a appris à ses élèves à préférer ces lambeaux à ceux qu'on taille de dedans en dehors. Bien que cette méthode soit moins brillante que celle de la section par transfixion, il n'hésite pas à se prononcer en sa faveur. Il tient surtout à ce qu'on taille les lambeaux de dehors en dedans pour les amputations dans la continuité des membres ; il rappelle encore la supériorité de cette méthode pour l'amputation en raquette de l'épaule.

En finissant, M. Verneuil exprime le désir que la question des pansements tardifs soulevée par le mémoire de M. Coste soit mise à l'ordre du jour.

M. LARREY revendique pour son père le principe de tailler les lambeaux de dehors en dedans pour la désarticulation de l'épaule. Il regrette que M. Coste ait donné comme une méthode nouvelle l'habitude qu'il a de faire des pansements rares. Larrey père ne levait le premier appareil qu'au bout de six ou huit jours. M. Chassaignac a lui-même beaucoup insisté sur les avantages des pansements par occlusion, dans lesquels les pièces du pansement ne sont renouvelées qu'après un intervalle de temps qui varie de quatre à huit et dix jours. M. Larrey reconnaît, en finissant, que l'amputation de la cuisse à un seul lambeau appartient à Delpech.

M. RICHARD est fixé sur la question des amputations primitives et secondaires. Si M. Voillemier ne l'est pas, dit-il, il peut consulter les chirurgiens ses confrères, et il ne tardera pas à donner, comme M. Richard, la préférence aux amputations secondaires. M. Richard se prononce pour la section de dehors en dedans, excepté pour les amputations du pied et de la main, pour lesquelles il trouve la précaution inutile.

M. LEGOUEST, rejetant la question des procédés comme étant d'une médiocre importance, répond à M. Voillemier qu'en ce qui concerne la désarticulation de la cuisse, il a recueilli 44 faits qui lui paraissent constituer un commencement de statistique dont on peut tenir compte. Pour lui, avec M. Sédillot, il repousse l'amputation immédiate de la cuisse.

M. VOILLEMIER répond qu'il n'ira pas consulter ses collègues, parce qu'il n'obtiendrait que des opinions approximatives et des ouï-dire. Quant à lui, il a son opinion faite ; mais, dans une question scientifique, il croit pouvoir être exigeant et demander, avant de réformer son opinion, des observations nombreuses bien prises et des statistiques bien faites.

Rejetant, pour la désarticulation de la cuisse, le procédé à deux lambeaux, M. Voillemier, pour les raisons qui se trouvent dans tous les livres classiques, adopte le procédé dans lequel on ne taille qu'un lambeau antérieur, et qui appartient à Larrey et à Delpech, bien que dans la discussion on l'ait attribué à M. Baudens.

Pour résoudre la question des pansements rares, aussi bien que celle des amputations primitives et secondaires, il faudrait des statistiques qui portassent sur un très-grand nombre de faits. Jusque-là, il sera difficile de se prononcer.

M. HERVEZ est d'avis que les tendons doivent être coupés de dedans en dehors.

M. LARREY est porté à donner la préférence à l'amputation immédiate pour les lésions traumatiques graves ; mais il fait une exception pour la désarticulation de la cuisse.

M. RICHARD ne se contente pas de se prononcer pour l'amputation secondaire ; il soutient que si on faisait le relevé des amputations pratiquées dans les hôpitaux, on trouverait qu'il y a dix succès à la suite des amputations secondaires, pour un après les amputations primitives.

M. ALPH. GUERIN ne veut pas laisser clore la discussion sans dire quelques mots sur le mode opératoire, qui lui paraît avoir une importance qui ne sera niée par aucun des chirurgiens qui ont longtemps enseigné la chirurgie opératoire. La section des lambeaux faite par transfixion n'est point rejetée par lui d'une manière générale. Il l'adopte pour les lambeaux de la continuité des membres et aussi pour le lambeau antérieur de la désarticulation de la cuisse ; mais pour la main, et surtout pour le pied, il n'hésite pas à donner la préférence à la section du lambeau faite de dehors en dedans. Il ne nie pas qu'avec de l'habitude on ne parvienne à faire un lambeau convenable pour les amputations de Chopart et de Lisfranc, en coupant de dedans en dehors; mais on est moins sûr du résultat qu'en opérant autrement. En taillant le lambeau plantaire du pied, comme le faisait Lisfranc, la force que l'on emploie pour tendre les parties molles doit être proportionnée à la résistance qu'elles opposent au couteau qui les coupe. Si elles avaient toujours la même tension, la section serait certes bien facile ; mais la difficulté résulte justement de ce que les parties molles de la plante du pied se laissent distendre à mesure que leur largeur diminue sous l'instrument qui taille le lambeau.

M. Alph. Guérin ne pense pas qu'il faille tailler complétement le lambeau de dehors en dedans; il veut seulement, à cause des échancrures si fréquentes dans les amputations du pied, que le lambeau soit tracé de dehors en dedans par une incision profonde pour les limites de laquelle il a précisé les points de repère, et qu'on le sépare ensuite des os, comme dans le procédé de Lisfranc. Ce mode opératoire est tellement sûr, que les élèves, après avoir fait cette opération cinq ou six fois, taillent le lambeau plantaire avec une perfection que la plus grande dextérité obtient à peine par un autre procédé.

M. CHASSAIGNAC exprime le regret que le nom de M. Heyfelder n'ait pas été prononcé dans cette discussion, car personne n'a obtenu plus de succès que ce chirurgien dans les désarticulations de la cuisse, ce qui semble tenir à ce qu'il a opéré pour des maladies chroniques de l'articulation coxo-fémorale.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, ALPH. GUÉRIN.

Séance du 23 décembre 1857.

Présidence de M. Bouvier.

Anévrysme cirsoïde de l'artère temporale, guéri par une injection de perchlorure de fer.

M. BROCA présente un malade qui a été guéri d'un anévrysme cirsoïde de l'artère temporale par une seule injection de perchlorure de fer. Voici l'observation de ce malade.

M. Sn. P..., ancien négociant, âgé de cinquante-quatre ans, fit au mois de février 1857 une chute dans un escalier et se heurta violemment sur la rampe la région temporale gauche. Il éprouva sur le coup une douleur assez vive, qui du reste se dissipa assez promptement.

Au mois de juillet, pour la première fois, il découvrit dans le point qui avait été contusionné, à environ 7 ou 8 centimètres au-dessus du bord supérieur de l'oreille gauche, une petite tumeur molle, indolente, perdue au milieu des cheveux, et à peine plus grosse qu'un pois. Il ne se souvient pas d'avoir trouvé alors de battement dans cette tumeur, mais il n'y en a pas cherché. Il supposait que c'était un abcès qui se formait à l'endroit du coup, et il le croyait d'autant plus aisément, que deux ans auparavant il avait eu derrière la partie postérieure et supérieure du sterno-mastoïdien un petit abcès ganglionnaire, qui, après être resté longtemps stationnaire, avait fini par s'ouvrir et par guérir. Il supposa donc que sa nouvelle tumeur était semblable à l'ancienne.

Au mois d'août il partit pour l'Italie, où il resta plus de deux mois, et où il ne consulta aucun homme de l'art. La tumeur cependant continuait à s'accroître, mais le malade ne s'en occupait guère, et continuait à croire qu'elle s'ouvrirait tôt ou tard.

Ce fut seulement à la fin d'octobre que M. Sn. P..., de retour à Paris, commença à s'inquiéter de sa tumeur, dans laquelle une nuit il entendit des battements. Le lendemain, en l'examinant avec la main, il sentit directement des pulsations, et, sur l'avis de plusieurs de ses amis, il alla aussitôt consulter un praticien, qui exerce la spécialité de guérir les loupes sans le secours du bistouri. Celui-ci déclara n'avoir jamais vu de loupes semblables, et prescrivit une friction inoffensive. Alors le malade s'adressa à M. le docteur S., qui diagnostiqua un anévrysme de

l'artère temporale, et conseilla de traiter cette tumeur par la compression indirecte.

Sur l'avis de ce confrère, M. Mathieu construisit un ingénieux compresseur à deux pelotes dont l'une comprimait l'artère temporale au-dessous du condyle de la mâchoire, tandis que l'autre atteignait le même vaisseau immédiatement au dessus de la tumeur. Il y avait entre les deux pelotes un écartement de 7 ou 8 centimètres. La pression était exercée par l'élasticité d'un demi-cercle d'acier qui supportait les deux pelotes.

Pendant qu'on construisait cet appareil, la tumeur fit des progrès assez rapides, et le malade, avant de se décider à se soumettre à la compression, voulut prendre d'autres avis. Il s'adressa à M. le docteur Déclat, qui émit des doutes sur l'efficacité du moyen proposé, et qui prit la peine de conduire le malade chez moi. La tumeur avait alors 6 centimètres de longueur sur une largeur maximum de 3 centimètres, et faisait un relief d'environ un centimètre. Elle était molle, indolente, réductible, et présentait de très-fortes pulsations. On n'y entendait qu'un très-faible bruit de souffle intermittent. Elle était située sur le trajet du tronc de l'artère temporale superficielle et était formée par les circonvolutions de ce vaisseau dilaté et replié plusieurs fois sur lui-même. Nous nous accordâmes, M. Déclat et moi, à diagnostiquer un anévrysme cirsoïde de l'artère temporale, et il nous parut que la compression indirecte ne pourrait exercer sur cette affection aucune action durable. L'anévrysme cirsoïde, en effet, ne possède pas de sac; le sang y traverse les flexuosités d'une artère simplement allongée et dilatée, dont la membrane interne est à peu près saine. Les conditions qui favorisent dans les anévrysmes sacciformes la coagulation spontanée de la fibrine faisant ici entièrement défaut, je proposai de provoquer une coagulation artificielle au moyen d'une injection de perchlorure de fer. M. le docteur Déclat se rallia aussitôt à cette opinion. Mais le malade, avant de se soumettre à l'opération, manifesta le désir d'essayer la compression indirecte, qui fut effectivement appliquée quelques jours après, sous la direction de M. le docteur S...

Cette tentative fut faite pendant la seconde quinzaine de novembre. On appliqua le compresseur de M. Mathieu à plusieurs reprises. La compression diminuait les battements, sans les éteindre tout à fait, mais elle produisait au niveau des pelotes une douleur très-vive qui devenait promptement intolérable. Il fallait donc fréquemment enlever l'appareil, et malgré ces précautions l'épiderme ne tarda pas à s'entamer sous la pelote supérieure.

Au bout d'une quinzaine de jours environ, après plusieurs interruptions suivies de nouveaux essais, le malade renonça à la compression, et annonça à M. Déclat qu'il était décidé à se soumettre à l'injection. Je pratiquai cette opération le 6 décembre, avec le concours de M. Déclat et de M. Devalz, interne des hôpitaux.

La tumeur n'avait pas pris d'accroissement pendant la dernière quinzaine, mais l'épiderme était excorié dans une étendue d'environ un centimètre carré, au niveau du point comprimé par la pelote supérieure. L'excoriation empiétait même sur la partie supérieure de la tumeur. La pression en ce point était un peu douloureuse, mais il n'y avait pas d'inflammation véritable, et il me parut que cela ne suffisait pas pour constituer une contre-indication.

La région étant préalablement rasée, M. Déclat comprima avec ses deux pouces au-dessus et au-dessous de la tumeur, pour emprisonner une certaine quantité de sang dans l'artère dilatée. J'enfonçai le trocart de Pravaz à la partie moyenne de la tumeur, dans le point le plus saillant; mais quand je retirai le poinçon et que je fis lâcher la compression inférieure, le sang ne s'écoula point par la canule. Je supposai que j'avais traversé l'artère d'outre en outre ; j'aurais pu, en retirant légèrement la canule, rentrer dans la cavité du vaisseau, mais j'aurais laissé sur la paroi opposée un trou qui aurait pu ouvrir passage au perchlorure jusque dans le tissu cellulaire.

Je laissai donc la canule en place, et je fis à quelques millimètres de là, avec un second trocart, une nouvelle ponction un peu plus oblique. Cette fois, le sang artériel s'écoula dès que je retirai le poinçon. La seringue, chargée de perchlorure de fer à 30 degrés, fut rapidement vissée, et je fis aussitôt trois demi tours pour chasser le sang contenu dans la canule, et pour le remplacer par du perchlorure, puis, invitant M. Déclat à reprendre exactement la compression inférieure, sans lâcher la supérieure, je tournai doucement la vis, de manière à faire pénétrer dans le vaisseau quatre gouttes de la solution coagulante.

Aussitôt, sans retirer la seringue, je malaxai la tumeur entre mes doigts, pour disséminer le perchlorure dans les flexuosites de l'artère, et pour donner ainsi plus de longueur au caillot. Au bout d'environ une minute, la tumeur me parut déjà prendre un peu de consistance ; je cessai alors les manipulations, et j'attendis quelque temps pour laisser au caillot le temps de durcir. Dix minutes après l'injection, la masse coagulée était déjà très-dure, je retirai les deux canules, en faisant exécuter au piston de la seringue, suivant le précepte de M. Debout, un demi-tour en arrière, afin d'empêcher le contact du perchlorure avec le

tissu cellulaire. En même temps, M. Déclat essa de comprimer l'artère. La tumeur était partout solide, et avait pour toujours cessé de battre.

Toutefois, afin de protéger le caillot contre le choc des ondes sanguines, je retirai l'une des pelotes de l'appareil de M. Mathieu, et j'établis avec l'autre pelote une compression méthodique sur le tronc de la temporale au-dessous de la tumeur. J'engageai le malade à conserver cette compression pendant une heure et demie. Mais, par suite d'un malentendu, la pelote resta en place pendant plus de trois heures, et produisit dans la dernière heure une douleur assez vive. Cette souffrance est presque la seule que M. Sn. ait éprouvée, car l'introduction du perchlorure dans le vaisseau n'avait produit qu'une cuisson légère et de courte durée.

L'opération avait été pratiquée à dix heures du matin. Le soir à huit heures, je trouvai M. Sn. assis à son bureau et écrivant. Je lui annonçai qu'il pouvait, s'il voulait, aller faire une promenade, mais il préféra garder la chambre jusqu'au lendemain.

Le second jour, il n'y avait absolument aucune réaction au niveau de la tumeur, qui était toujours très-ferme, et qui était à peine sensible à la pression. Le malade, enfin délivré des battements qui troublaient son sommeil, m'annonça qu'il avait bien dormi. Ce jour là, il alla se promener sur le boulevard, et depuis lors la guérison ne s'est pas démentie. Aujourd'hui, on sent une masse indurée, tout à fait indolente, légèrement bosselée, qui occupe la place de l'anévrysme, mais qui forme à peine un léger relief au-dessus du niveau de la peau environnante. On sent battre légèrement l'artère temporale dans une étendue d'un demi-centimètre, entre le condyle de la mâchoire et l'extrémité inférieure de l'ancienne tumeur. Celle-ci ne présente plus la moindre pulsation.

M. GIRALDÈS profite de cette présentation pour rappeler qu'il a soutenu à plusieurs reprises, et en particulier à l'occasion d'un malade dont M. Robert a entretenu la Société, que les injections de perchlorure de fer sont peu dangereuses. L'observation du malade de M. Broca prouve leur efficacité. M. Giraldès ne pense pas qu'il soit indispensable d'exercer la compression pendant une heure, pour s'opposer à ce que le sang détruise le caillot. D'après des expériences qu'il a faites à Alfort avec M. Goubaux, il est autorisé à soutenir que le caillot est suffisamment solide après une compression de quelques minutes.

M. VERNEUIL est de ceux qui avaient craint l'emploi du perchlorure de fer dans les cas d'anévrysmes cirsoïdes. Il trouve le fait de M. Broca concluant, mais l'anévrysme était pourtant peu volumineux, et il n'oserait pas affirmer qu'on eût été aussi heureux, si la tumeur avait eu un

volume plus considérable. A l'appui de cette opinion, il rappelle le fait de M. Erichsen, dans lequel un anévrysme cirsoïde du corps thyroïde fut traité par des injections de perchlorure de fer. Deux artères du volume de l'humérale, qui rampaient d'un côté de la tumeur, durent être liées préalablement, mais le chirurgien n'ayant pas pu les isoler, fut forcé de les étreindre par une suture. Dans la même séance, il piqua la tumeur en sept endroits différents, et y injecta près de deux grammes de perchlorure de fer. Huit jours après, deux ponctions nouvelles avec injections furent pratiquées. Ce ne fut qu'après cette seconde opération que la tumeur commença à diminuer.

Quelques jours plus tard, on fit encore quatre ponctions ; mais cette fois, il y eut du frisson, de la fièvre, la peau devint jaune, le malade fut privé de sommeil. Un abcès s'étant formé fut ouvert, et bientôt une amélioration sensible se déclara. Le volume de la tumeur avait diminué ainsi que les battements, lorsque le malade quitta l'hôpital à l'occasion d'une querelle qu'il avait eue avec un infirmier. M. Erichsen n'est pas content de ce fait, et il se prononce contre l'usage du perchlorure de fer.

M. BROCA admet que les caillots peuvent être solides avant une heure. Il pense toutefois qu'il est prudent de les protéger. Il ne sait pas ce qui serait arrivé, s'il avait cessé la compression au bout de quelques minutes. Cette pratique lui paraît moins prudente que celle à laquelle il a eu recours. Répondant à M. Verneuil, il ne voit aucune analogie entre l'opération qu'il a faite et celle de M. Erichsen. Le siége de l'anévrysme doit être pris en grande considération. Dans le fait qui vient d'être rapporté, l'anévrysme siégeait dans le corps thyroïde, dont la vascularité est très-grande à l'état normal, et l'injection a été faite à peu près au hasard. Cette observation n'est donc pas concluante, et ne prouve rien contre l'efficacité du perchlorure de fer.

M. GIRALDÈS ne s'étonne pas de l'insuccès de M. Erichsen. Cet auteur qui, dans sa 2e édition, prétend que les injections de perchlorure de fer ne sont propres qu'à faire reculer la science, ne connaît pas cette question, puisqu'il a injecté non dans les veines, mais au hasard, et que la quantité de perchlorure de fer employée par lui est de deux grammes environ. M. Giraldès regarde comme inadmissible l'objection de M. Erichsen, reposant sur l'impossibilité de faire l'injection dans les vaisseaux. Comme M. Broca, il accorde une grande influence au siége de l'anévrysme et à la grande *vascularité* du corps thyroïde.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LARREY demande, à l'occasion du procès-verbal, qu'on rappelle

la statistique de Sandscox, comprenant à peu près tous les cas connus de désarticulation coxo-fémorale.

M. DEGUISE fils annonce que l'état de M. le professeur Bérard s'est très-sensiblement amélioré.

Reprenant la discussion de la dernière séance, M. Deguise pense que les amputations donnent des résultats qui dépendent un peu des localités. Il cite M. Bernard (de Moulins) qui fait, comme M. Coste, des pansements rares et qui réussit. Mais à Paris, où l'érysipèle et l'infection purulente sont des accidents fréquents, il est douteux qu'il n'y eût pas d'inconvénient à adopter une pareille pratique.

M. Deguise vient de perdre un malade à la suite d'une désarticulation secondaire de la cuisse. Il se demande s'il ne l'aurait pas guéri par une amputation immédiate. Mais il n'appelle plus immédiate une opération qui est faite le lendemain de l'accident pour lequel on ampute, et il est assez rare qu'on soit appelé à temps pour opérer avant qu'un commencement d'inflammation se soit déclaré.

M. VOILLEMIER ne pense pas qu'un fait, quelque intéressant qu'il puisse être, soit suffisant pour résoudre toutes les questions soulevées dans le mémoire de M. Coste. Partisan des statistiques, il leur reproche un vice qu'il trouve radical; elles ne tiennent pas compte des blessés qui ont succombé avant le jour où il eût été possible de faire une amputation secondaire. Suivant lui, tous ces décès doivent être portés au compte des amputations secondaires. Pour M. Voillemier, une amputation doit encore être appelée immédiate quand elle est pratiquée vingt-quatre heures après l'accident; souvent ce laps de temps est indispensable pour que la stupeur et l'abattement se dissipent; le blessé est alors dans de meilleures conditions que s'il avait été amputé plus tôt. En résumé, M. Voillemier est partisan de l'amputation immédiate, et si l'on avait porté au compte des amputations secondaires tous les malades qui ont succombé sans être opérés, les statistiques seraient favorables à son opinion.

M. GIRALDÈS critique la façon dont on fait les statistiques. On ne tient pas compte de circonstances qui paraissent avoir une grande influence sur la mortalité. Des faits recueillis par les Anglais, en Crimée, tendent à prouver que la mortalité varie suivant le point du membre où siége la blessure. Ainsi les lésions de la partie supérieure de la cuisse ont donné une mortalité de 86 pour cent, celles du milieu 60 pour cent, enfin celles de la partie inférieure 56 pour cent.

Après la bataille de Toulouse, Guthrie avait déjà remarqué que les blessures qui portaient sur l'extrémité supérieure des membres avaient

la plus grande gravité. Dans les statistiques, on doit aussi tenir compte de l'état dans lequel le blessé se trouve au moment de l'opération, et de la cause pour laquelle on opère. 126 désarticulations de la cuisse, à la suite desquelles 79 opérés ont succombé, se décomposent ainsi : 35 morts sur 47 malades opérés à la suite de blessures, et 18 morts sur 42 individus amputés pour des maladies chirurgicales qui n'étaient pas des blessures.

Les statistiques faites jusqu'ici sont donc insuffisantes ; elles n'auront quelque valeur qu'autant qu'elles tiendront compte de toutes les circonstances qui viennent d'être signalées.

M. COSTE répond aux objections qui lui ont été faites, que depuis une dizaine d'années il a toujours fait des pansements rares, que ses confrères de Marseille l'ont imité, et qu'il n'est pas un de leurs malades qui n'ait eu à se louer de cette pratique. Dans un cas où une malade avait été amputée pour une carbonisation du bras, M. Coste n'a levé le premier appareil que le dix-septième jour. Un seul pansement a suffi. Ordinairement, il fait le premier pansement du dixième au douzième jour, et les autres tous les cinq ou six jours.

M. LARREY distingue les amputations en immédiates, primitives et secondaires. A propos de la statistique citée par M. Giraldès, il annonce qu'on fait en France, au ministère de la guerre, une statistique des blessés de Crimée, qui tiendra compte du point où les membres ont été atteints.

M. MARJOLIN pense que si l'on demande d'une manière générale si les résultats des amputations immédiates sont plus avantageux que les résultats des amputations consécutives, il est impossible de donner une solution convenable, attendu que jusqu'à ce jour, comme l'ont fait remarquer plusieurs des membres de la Société, la plupart des statistiques que l'on possède présentent trop de lacunes pour qu'on puisse en tirer des conclusions utiles, et que de plus il y a certains côtés de la question qui n'ont pas été pris en considération. Il est bien évident que, quelles que soient les tendances conservatrices d'un chirurgien, il y a des cas où il est contraint, par la nature même de l'accident, de recourir à l'amputation. Maintenant, est-on bien d'accord sur l'espace de temps dans lequel sont comprises les opérations immédiates? Rien n'a été fixé à cet égard. Ainsi, lorsque l'action traumatique est bien limitée et qu'il n'y a pas d'accidents généraux, on opère de suite dans les premières heures; mais lorsqu'il y a de la stupeur ou d'autres complications, on est obligé d'ajourner l'opération à un ou deux jours : dès

lors, il faut bien en convenir, les amputés ne se trouvent déjà plus dans les mêmes conditions.

La différence sera encore bien plus tranchée, si on examine combien l'époque varie dans les amputations consécutives ; ce n'est plus seulement au bout de quelques jours, mais souvent après quelques semaines, qu'elles sont pratiquées. En pareil cas, n'est-on pas porté à croire que l'instant le moins propice pour les amputations est celui où la fièvre de suppuration est dans toute son intensité et où les blessés sont menacés d'infection purulente. Les chances sont, au contraire, bien plus favorables lorsque l'opération est pratiquée après la cessation des accidents inflammatoires, car alors les blessés peuvent être assimilés aux malades épuisés par des tumeurs blanches suppurées, et qui recouvrent promptement la santé après l'amputation.

M. FORGET ne comprend pas bien l'objection de M. Voillemier. Il faudrait, pour grossir la statistique des décès à la suite des amputations secondaires, de tous les blessés qui sont morts avant l'opération, prouver qu'ils se seraient tous sauvés par l'amputation immédiate. Tant que M. Voillemier n'aura pas administré cette preuve, son objection ne sera que spécieuse.

Répondant à M. Coste, M. Forget ne veut pas que l'on se presse d'abandonner la pratique des maîtres, qui, comme Dupuytren, ne se sont pas décidés à faire des pansements fréquents, sans avoir de bonnes raisons pour cela. M. Coste, dit-il, a fait dans un cas le premier pansement le dix-septième jour; mais si, à Marseille, la réunion immédiate des plaies est aussi fréquente qu'à Montpellier, qu'est-ce qui empêche de regarder le fait cité comme un cas de réunion immédiate ? Les accidents des plaies, si fréquents à Paris, obligent les chirurgiens à surveiller les plaies et à faire dans ce but des pansements fréquents.

M. GIRALDÈS regarde comme presque insoluble la question des amputations primitives et secondaires, parce que, dit-il, c'est une question d'indication qui ne peut pas être discutée *à priori*. Le chirurgien d'une armée en marche aura d'autres raisons qu'un chirurgien civil pour prendre une détermination ; l'expérience et la sagacité du chirurgien découvriront des indications qui auraient échappé à un homme moins expérimenté. On ne peut pas tenir compte de cela dans les statistiques.

Certains résultats sont d'ailleurs inexplicables. Ainsi, à Sébastopol, la mortalité des amputés de la cuisse était telle qu'on dut renoncer à pratiquer cette opération. Il en avait été de même dans la guerre du Holstein.

Le climat et les races ont une grande influence sur la mortalité. Les plaies guérissent facilement dans le Midi, et les nègres courent moins de danger que les blancs après les grandes opérations. Il faut encore tenir compte des habitudes et du genre de vie des malades : une amputation n'a pas la même gravité chez un homme de la ville et chez un paysan. On le voit, c'est une question d'indication qu'il faut laisser à l'appréciation de chacun de nous.

M. VOILLEMIER répond à M. Forget que le reproche qu'il a fait aux statistiques n'est pas de lui. L'objection appartient à l'Académie de chirurgie. M. Voillemier préfère les observations aux statistiques, à la condition qu'elles seront en assez grand nombre, car ce n'est pas pour un fait de plus ou de moins qu'on pourra se décider. Signalant ensuite dans le travail de M. Coste un cas dans lequel il y a eu une fusée purulente, il se demande si la rareté des pansements a été étrangère à cet accident. Il n'admet pas qu'un chirurgien prudent puisse à Paris ne lever le premier appareil que le dix-septième jour.

M. DEGUISE insiste sur la différence des résultats suivant les pays où les observations sont recueillies.

M. GOSSELIN reconnaît la difficulté de la question des amputations primitives et secondaires, parce que, en outre des raisons invoquées dans cette discussion, il y en a d'autres qui résultent de la position du malade, de la facilité des soins qu'on peut lui donner, etc., et que le chirurgien doit prendre en considération avant de se décider. Jusqu'au commencement de ce siècle, on s'était laissé aller avec un peu d'entraînement à pratiquer des amputations immédiates; depuis on a abandonné cette pratique, parce qu'on a reconnu que la nature a bien plus de ressources qu'on ne l'avait pensé. Il n'est personne aujourd'hui qui ne sache avec quelle facilité se guérissent les plaies du membre supérieur; quand c'est la jambe ou la cuisse qui est le siége de la lésion, il est beaucoup plus difficile de prendre un parti. Abordant ensuite la question des pansements rares, M. Gosselin remarque que cette méthode a été proposée à plusieurs reprises (en particulier par Josse, d'Amiens, et par Larrey), que jamais elle n'est devenue générale, et qu'on a toujours fini par l'abandonner. Si elle n'avait donné que de bons résultats, on ne s'expliquerait pas cet abandon. Les chirurgiens de nos jours ne sont pas généralement partisans des pansements rares pour deux raisons : d'abord parce qu'il n'y a aucun inconvénient à faire des pansements fréquents. Dès le lendemain de l'opération, on peut enlever au moins les pièces extérieures de l'appareil et voir si le sang n'est pas retenu dans la plaie. Ce pansement n'est nullement doulou-

reux si l'on s'est servi de linge cératé et du bandage triangulaire de Mayor. D'un autre côté, la temporisation a de grands inconvénients. Si une violente inflammation se déclare, il peut y avoir étranglement, suppuration abondante, etc., accidents dont les uns ne nuisent qu'au malade, tandis que les autres sont gênants même pour ses voisins. Si on considère enfin que les pansements journaliers sont une cause de bien-être et de satisfaction pour les blessés, on admettra avec M. Gosselin qu'ils doivent être préférés aux pansements rares.

M. LABORIE ne comprend pas qu'on adopte les pansements rares d'une manière systématique. Sans doute, ils sont sans inconvénient lorsque les plaies ont une grande tendance à se cicatriser; mais puisque dès qu'il y a de la douleur on est forcé de lever l'appareil, il ne voit pas pourquoi le chirurgien ne panserait point tous les jours. La rareté des pansements ne peut pas être érigée en méthode; elle n'est admissible que pour les cas les plus simples.

M. LARREY veut qu'on tienne compte de la sensibilité des blessés, et d'une foule de circonstances qui ne permettent pas de décider la question des pansements d'une manière générale. Répondant à un argument de M. Gosselin, il croit que si les blessés veulent être pansés, c'est qu'ils savent qu'on a l'habitude de faire des pansements fréquents. Une autre pratique les inquiète et leur fait supposer qu'on les néglige; il serait facile de les prévenir et de les rassurer. Dans les cas où la constitution médicale expose aux érysipèles, à l'infection purulente, à la pourriture d'hôpital, M. Larrey admet l'utilité des pansements rares. Il rappelle en finissant que les chirurgiens militaires entourés de blessés doivent subordonner la fréquence des pansements à une foule de circonstances qu'il n'est pas toujours facile de prévoir.

CORRESPONDANCE.

M. LARREY dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Sistach, médecin aide-major au 12e de ligne, une *Observation de congélation des deux pieds avec délimitation de la gangrène au niveau des articulations tibio-tarsiennes; ablation des parties mortifiées et résection des malléoles. Cicatrisation presque complète des moignons cinq mois apres. Invasion de la pourriture d'hôpital; moignons encore ulcérés vingt mois après l'ablation des pieds.*

Ce travail sera renvoyé à la commission chargée d'examiner les autres mémoires précédemment envoyés par M. Sistach.

— M. le docteur A. Barre fait hommage d'un mémoire intitulé : *Du*

diagnostic des lésions profondes de l'œil à l'aide de l'ophthalmoscope et des phosphènes.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur (fibro-plastique) cancéreuse développée dans la tête du péroné. — M. VOILLEMIER présente une tumeur du volume des deux poings occupant le creux du jarret chez un homme adulte. Cette tumeur était dure, et dans quelques points un peu élastique. Il était impossible de savoir quel était au juste son point de départ, et si un des condyles du fémur n'était pas intéressé. En tout cas, il n'y avait de possible qu'une amputation de cuisse, à cause de l'altération et de l'amincissement de la peau qui recouvrait la tumeur.

C'est cette opération qui a été faite. Le malade, qui éprouvait des douleurs intolérables par suite de la compression des nerfs, la réclamait comme un bienfait

La tumeur s'était développée dans la tête du péroné. Examinée par trois personnes, elle donna tous les caractères attribués aux tumeurs fibro-plastiques.

M. LENOIR rappelle qu'il a présenté, il y a deux ans, à la Société, une tumeur du même genre qui siégeait sur les condyles d'un fémur, et avait nécessité la même opération. Il ajoute que le malade, qui passait pour avoir été guéri, a succombé huit mois après à une diathèse fibro-plastique généralisée, principalement dans le tissu osseux.

M. HOUEL demande si lors de l'amputation le malade présentait déjà quelques traces d'une semblable généralisation.

M. LENOIR répond que lorsqu'il pratiqua l'opération rien n'était apparent; que ce n'est qu'au bout de six mois que cette manifestation a été reconnue, et voici de quelle manière : Le malade étant resté au milieu de sa famille dans la province où il avait été opéré, était ensuite venu à Paris pour s'y faire fabriquer une jambe de bois, et c'est à cette époque que s'étant frappé la tête contre les barreaux de son lit, il s'aperçut qu'il portait une petite tumeur pour laquelle il s'adressa de nouveau à M. Lenoir. Un examen attentif fit alors reconnaître à ce chirurgien la nature de cette tumeur. Ce n'est que consécutivement qu'il s'en est développé d'autres sur le crâne et sur d'autres parties du corps, mais uniquement sur les os de ces parties, tumeurs qui, au bout de quelque temps, amenèrent la mort du malade.

M. GIRALDÈS dit à cette occasion que M. Houzelot (de Meaux) a présenté aussi une pièce analogue siégeant sur la mâchoire inférieure et récidivée.

M. FORGET insiste sur la fréquence des récidives et des généralisations des tumeurs fibro-plastiques. Il fait remarquer que depuis que l'attention de la Société s'est portée sur ce sujet, on a pu constater que dans l'extrême majorité des cas ce genre d'affection récidivait sur place et se généralisait.

M. LARREY a vu également la récidive survenir après l'opération chez un malade qui portait à la cuisse une énorme tumeur du même genre. L'observation ayant été déjà en partie communiquée à la Société, M. Larrey annonce qu'il en donnera le complément.

M. DANYAU. J'ai eu l'honneur de présenter à la Société, au commencement de cette année, deux enfants nouveau-nés qui, expulsés spontanément, malgré le rétrécissement notable du bassin, avaient eu la partie du crâne en rapport avec l'angle sacro-vertébral fortement déprimée par cette saillie, et n'en étaient pas moins en très-bon état plusieurs jours après leur naissance. Je présentais ces cas intéressants non-seulement comme des exemples d'enfoncement, mais encore comme des exemples de fracture. La Société se rappelle sans doute que la dernière partie de cette proposition fut combattue, pour l'un des cas au moins, par plusieurs de nos collègues qui ne voulurent admettre qu'une dépression sans fracture. J'objectai que dans tous les cas où, l'enfant ayant succombé, j'avais pu faire l'autopsie, j'avais toujours trouvé, malgré les apparences d'un enfoncement simple, une fracture au moins de la table interne. Je mets sous les yeux de la Société une pièce qui confirme ce que j'avais avancé à cette époque. C'est le frontal droit d'un enfant qui, moins heureux que ceux que je vous ai présentés, n'est pas né naturellement, a dû être extrait avec le forceps, et qui, rappelé par des soins convenables de l'état de mort apparente dans lequel il se trouvait à sa naissance, n'en a pas moins succombé au bout de vingt-quatre heures à une apoplexie méningée considérable, résultant à la fois d'un long travail et de l'opération pratiquée pour le terminer.

L'enfant se présentait en position occipito-iliaque droite antérieure fortement inclinée, et pendant l'extraction le frontal droit était en rapport avec l'angle sacro-vertébral. Cette portion du crâne ne put dépasser la saillie osseuse sans s'enfoncer. Je sentis parfaitement pendant l'extraction l'os céder, et un petit craquement se fit entendre. A la naissance, on reconnut sur la partie moyenne du frontal droit, loin des traces laissées sur les parties molles par les cuillers du forceps, un enfoncement dont le grand diamètre, légèrement oblique de haut en bas et de dedans en dehors, avait 3 centimètres environ d'étendue. Quoique rien n'indiquât positivement une fracture et qu'on pût croire qu'il ne s'agis-

sait que d'une simple dépression, je me prononçai pour une fracture au moins de la table interne de l'os. C'est en effet ce que l'examen de la pièce démontre. La table externe est restée intacte ; l'interne présente trois petites fractures situées les unes au-dessus des autres sur la saillie que l'os enfoncé fait du côté de la cavité crânienne; une quatrième à la partie inférieure où la table interne est comme écrasée; enfin une cinquième non soupçonnée pendant la vie, à l'angle supérieur, et qui comprend toute l'épaisseur de l'os et a environ 1 centimètre de longueur. Au niveau de la saillie formée par l'os enfoncé, la dure-mère était décollée dans une très-petite étendue, et quelque peu de sang liquide était épanché. La crête saillante du frontal avait déprimé la substance cérébrale, d'ailleurs restée saine.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, Alph. Guérin.

Séance du 30 *décembre* 1857.

Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Absence congéniale de l'iris. Nystagmus. — M. Houel présente une petite fille de trois ans et demi, atteinte d'une affection congéniale qui a déjà à plusieurs reprises fixé l'attention de la Société. L'iris des deux côtés fait presque entièrement défaut ; il ne se manifeste que sous la forme d'un petit anneau bleu extrêmement étroit en haut, en bas et en dedans. En dehors, cet anneau iridien est un peu plus large et plus facile à apercevoir. La même disposition se reproduit exactement à droite et à gauche.

La faculté visuelle n'est pas sensiblement altérée ; mais les deux yeux sont le siége à la fois de mouvements continuels comme dans le nystagmus, et d'une déviation latérale, comme dans le strabisme double. Le strabisme n'existait pas dans l'origine; il s'est produit seulement depuis quelque temps; le nystagmus, au contraire, qui était très-prononcé pendant les premiers mois de la vie, l'est beaucoup moins aujourd'hui.

Quant aux milieux de l'œil, contrairement à ce qu'on observe ordinairement en pareil cas, ils ont conservé leur transparence. On sait que l'absence congéniale de l'iris est presque toujours, au bout de quelques

mois ou de quelques années, suivie de la formation d'une cataracte. M. Houel dit ne connaître qu'un seul cas où le malade ait conservé la vue jusqu'à vingt-cinq ans, et probablement plus tard. Le fait actuel est donc exceptionnel sous ce rapport.

Toutefois le présentateur, se demandant quelle est la cause du strabisme récent, émet la crainte que cette déviation ne soit due à l'affaiblissement de la vision de l'un des yeux. Y a-t-il à droite ou à gauche un commencement de cataracte? On n'aperçoit rien à l'œil nu, mais on n'a pas encore fait l'examen à l'aide de l'ophthalmoscope, et jusque-là on ne peut rien affirmer. Il faut dire aussi que la continuelle mobilité des yeux en rend l'examen assez difficile.

M. CHASSAIGNAC annonce que dans un cas de ce genre, où un nystagmus très-prononcé empêchait tout à fait l'examen des yeux, il eut recours aux inhalations de chloroforme, qui firent cesser la contraction des muscles de l'œil pendant toute la durée du sommeil anesthésique.

M. LARREY insiste sur la rareté de cette affection. Il n'en a vu que 3 ou 4 cas dans les conseils de révision.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

Anévrysme cirsoïde du cuir chevelu. — M. GIRALDÈS, prenant la parole à l'occasion du procès-verbal, revient sur le traitement des anévrysmes cirsoïdes du cuir chevelu par les injections de perchlorure de fer, rappelle la discussion qui a eu lieu il y a quelques mois à l'occasion d'un autre malade présenté par M. Robert, et demande ce qu'est devenu ce malade, à qui Dupuytren avait autrefois lié une carotide, et à qui tout récemment l'autre carotide a été liée par M. Robert.

M. HUGUIER, en l'absence de M. Robert, donne des renseignements sur le malade qu'il a observé à l'hôpital Beaujon dans le service de son collègue... A la suite de la ligature de la seconde carotide, il ne survint aucun accident immédiat; les ulcères du cuir chevelu cessèrent de fournir du sang, et se cicatrisèrent entièrement. La tumeur s'affaissa beaucoup, et la plaie du cou marcha rapidement vers la guérison. Le jour de la chute de la ligature, une petite hémorrhagie survint, mais elle fut facile à arrêter, et quatre jours après la plaie du cou se referma entièrement. On ne sentait plus de battements dans la tumeur.

Le malade était donc considéré comme guéri, lorsqu'il fut pris de diarrhée; on lui conseilla de sortir de l'hôpital, et il retourna chez lui.

Jusque-là tout était fort satisfaisant, mais un jour nous apprîmes que le malade venait de mourir chez lui subitement, emporté par une apoplexie foudroyante; cette cause de mort, chez un individu dont les deux

carotides étaient imperméables, aurait eu besoin d'être vérifiée par l'autopsie ; mais les parents du défunt s'y opposèrent.

M. BROCA ne s'étonne pas de ce genre de mort, qu'il avait signalé comme possible, lorsque M. Robert présenta son malade à la Société de chirurgie, et manifesta l'intention de lier la carotide primitive. Les accidents cérébraux sont déjà très-communs à la suite de la ligature d'une seule carotide ; M. Norman Chevers, il y a douze ans, en a publié 15 cas, et aujourd'hui M. Broca en connaît 22. Tous ces malades ont succombé, à l'exception de deux. Le début des accidents, tantôt immédiat, tantôt plus tardif, tantôt brusque, tantôt graduel, s'effectue le plus souvent avant la fin de la première semaine ; mais on l'a vu ne survenir qu'au bout de deux mois, et même de soixante-neuf jours.

Si la ligature d'une seule carotide fait craindre de pareils accidents, les craintes doivent être bien plus grandes encore lorsqu'il s'agit de lier la seconde carotide à un malade qui a déjà subi la ligature de la première. Quant à l'opposition qui paraît exister entre la cause et l'effet, c'est-à-dire entre la ligature des deux carotides et l'apoplexie, ou tout autre accident analogue, elle n'existe pas en réalité. Il ne faut pas oublier qu'après cette double ligature la circulation céphalique n'est plus entretenue qu'au moyen des deux vertébrales ; le sang qui revient à la face, à la voûte du crâne, à la partie supérieure du cou, doit avant tout traverser les anastomoses intra-crâniennes qui existent entre les vertébrales et la carotide interne. Les artères de la base du cerveau subissent donc une dilatation énorme. Avec un pareil accroissement de la circulation cérébrale, il n'est pas étonnant que des congestions ou des épanchements aient de la tendance à se manifester dans l'encéphale.

M. Broca répète en terminant que la méthode d'Anel n'est qu'un palliatif impuissant dans le traitement des anévrysmes cirsoïdes, et que la méthode par excellence en pareil cas est celle des injections coagulantes.

Fracture du crâne produite par le forceps. — M. VOILLEMIER rappelle que dans la dernière séance, à l'occasion d'un fait présenté par M. Danyau, et relatifà une fracture du crâne produite, pendant l'accouchement, par la pression de l'angle sacro-vertébral, il a annoncé à la Société qu'il possédait une pièce semblable. Il montre aujourd'hui cette pièce. C'est le crâne d'un enfant nouveau-né, dont le coronal est fracturé longitudinalement dans toute sa hauteur, à 3 ou 4 millimètres à droite de la suture encore membraneuse qui sépare les deux moitiés de

cet os. Ce qui différencie surtout ce fait de celui de M. Danyau, c'est l'étiologie de l'accident, car dans le cas de M Voillemier, la fracture a été produite par la pression du forceps.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Brodhurst, de Londres, qui a déjà envoyé plusieurs travaux à la Société, adresse les mémoires suivants :

On forcible extension and rupture of the uniting medium of partly ankylosed surfaces. — On displacement of the scapula upwards through paralysis of the serratus magnus muscle and consequent retraction of the rhomboïdeus, levator anguli scapulæ, and trapezius muscles. (M. Bouvier, rapporteur).

La Société reçoit en outre :

On the expediency of instituting an Academy of medicine in England, by James Arnott.

Le *Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire*, 1855-1856.

— M. LARREY dépose sur le bureau un mémoire de M. Simpson, intitulé : *Des médecins attachés aux armées romaines*, traduit par M. le docteur Buttura.

— M. GIRALDÈS expose ensuite sommairement les principaux mémoires contenus dans le tome XLIXe des *Medico-chirurgical Transactions* adressé par le conseil de la Société médico-chirurgicale de Londres.

Plaie de l'artère fémorale. Amputation. Mort. — M MARJOLIN donne lecture d'une observation d'anévrysme faux primitif de l'artère crurale qui a nécessité l'amputation de la cuisse. Voici le résumé de cette observation adressée par M. Fleury, chirurgien en chef de l'hôpital de Clermont :

Dans la journée du 22 septembre 1857, le nommé Servois, âgé de 38 ans, étant occupé à couper de l'osier, s'enfonça son couteau à la partie interne et moyenne de la cuisse droite. Le sang sortit avec une telle abondance, que le blessé, ayant à peine fait quelques pas, tomba et perdit connaissance. On le transporta chez lui dans une charrette, et là, comme l'hémorrhagie semblait arrêtée, on se contenta d'appliquer sur la blessure de la charpie trempée dans de l'eau salée. Le lendemain, le membre étant devenu douloureux et très-tuméfié, Servois se fit transporter à 8 kilomètres de chez lui, chez un médecin qui, reconnaissant la nature et la gravité de l'accident, l'engagea à entrer de suite à l'hôpital pour se faire opérer.

Malheureusement le malade ne suivit pas ce sage conseil et préféra appliquer autour de la plaie quelques sangsues et des cataplasmes émollients. Ce traitement, qui fut sans résultats, dura environ neuf jours, au bout desquels on essaya l'emploi des résolutifs; ce changement parut amener un peu de diminution dans le volume du membre; mais bientôt l'intensité des douleurs dut y faire renoncer, et ce fut alors que le malade se décida à entrer à l'hôpital de Clermont, dans le service de M. Fleury, vingt-quatre jours après l'accident.

Lorsque notre collègue le vit, il constata à la partie antérieure et interne de la cuisse une tumeur très-volumineuse, s'étendant du genou jusqu'à environ six ou sept travers de doigt de l'arcade crurale. La peau était violacée; au toucher on sentait une rénitence et un mouvement d'expansion assez obscurs, mais en auscultant on percevait un bruit de souffle très-prononcé. La tumeur était du reste complétement indolente à la pression. La plaie, qui était petite, siégeait à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du membre. Le malade éprouvait dans la jambe des douleurs et des crampes tellement vives, qu'il ne pouvait reposer : son visage était pâle, son pouls très-faible et l'appétit nul.

Avant de recourir à une opération qui semblait devoir être très-compliquée, M. Fleury chercha par la position et l'emploi des résolutifs à diminuer l'engorgement du membre; mais l'ulcération qui commençait à se former autour de la plaie, et l'imminence d'une hémorrhagie annoncée par un suintement sanguinolent, le forcèrent à prendre un parti décisif.

Après avoir réfléchi aux inconvénients et aux avantages que chaque procédé pouvait offrir dans une circonstance aussi défavorable, M. Fleury se décida pour la ligature par le procédé de Scarpa.

Malheureusement le chirurgien, qui avait bien songé à toutes les complications que pouvait présenter l'opération, devait être arrêté par des difficultés presque insurmontables.

La tumeur, en effet, avait fait des progrès considérables; il ne restait plus à la partie supérieure de la cuisse qu'un intervalle de quatre à cinq travers de doigt entre elle et le ligament de Fallope. Une incision de 9 centimètres fut pratiquée à la partie moyenne de cet espace, son extrémité supérieure était à 3 centimètres à peu près de l'arcade crurale; l'inférieure arrivait au niveau de l'extrémité supérieure de la tumeur. La peau et une couche assez épaisse de tissu cellulaire œdématié furent divisées, l'aponévrose mise à nu fut incisée sur une sonde cannelée, des fibres musculaires parurent à l'extérieur, mais elles n'avaient

ni la forme i la direction de celles du couturier. M. Fleury ayant un peu prolongé l'angle inférieur de l'incision dans le but de se reconnaître au milieu de ces tissus, dont les rapports étaient modifiés par la tuméfaction du membre, à l'instant même la poche sanguine se rompit et des caillots de sang volumineux furent expulsés; puis à ceux-ci succéda du sang artériel, en telle quantité qu'à chaque instant une syncope, dont les conséquences les plus graves pouvaient être la suite, semblait imminente.

L'artere crurale fut immédiatement comprimée sur le corps du pubis et la tumeur largement ouverte. La main introduite dans son intérieur fit alors apprécier toute son étendue, en partie comblée par des caillots sanguins. La source de l'hémorrhagie ne pouvant être reconnue, M. Fleury craignit que des recherches plus longues ne fussent fatales au blessé, et se décida à amputer la cuisse. L'opération ne présenta rien de particulier; les lèvres de la plaie furent réunies par des points de suture.

La faiblesse du malade était, telle que pendant longtemps, de peur d'une syncope, il dut être maintenu dans une position complétement horizontale; enfin, peu à peu les forces revinrent, et il put prendre un peu de bouillon.

L'examen du membre malade fit voir que l'artère crurale avait été largement ouverte et percée de part en part dans le sens de sa longueur.

La journée qui suivit l'opération offrit cela de particulier que les douleurs avaient un peu diminué. Le lendemain, l'aspect du moignon était satisfaisant, l'appareil imbibé d'une sérosité sanguinolente assez abondante. Le quatrième jour deux frissons violents se manifestèrent, et furent suivis d'un mouvement fébrile qui plongea le malade dans un abattement extrême. Ces symptômes allèrent en s'aggravant les deux jours qui suivirent, et le malade succomba le 29 octobre, sept jours après l'opération. A l'autopsie, on trouva des abcès dans le foie et les poumons.

A la suite de cette observation, M. Fleury ajoute que l'année dernière il a encore observé l'infection purulente chez un blessé qui paraissait dans des conditions bien moins mauvaises. Il s'agissait d'un homme qui s'était ouvert l'artere crurale avec un couteau; on avait eu d'abord recours à des tamponnements répétés et à des cautérisations avec le fer rouge, sans pouvoir se rendre maître de l'hémorrhagie.

Lorsque M. Fleury vit le malade pour la première fois, il y avait deux mois que l'accident avait eu lieu. La ligature fut

faite par le procédé de Scarpa; l'opération sembla d'abord avoir un plein succès; puis, au bout de dix jours, le blessé, qui était un homme fort, âgé de quarante-ci q ans, succomba également à l'infection purulente.

Curabilité du cancer. — M. FORGET communique à la Société une note qui lui a été adressée par M. le docteur Ferrand (de Mer), relative à la curabilité du cancer. Voici un extrait de cette note :

..... « Je crois à la guérison du cancer, dit M. Ferrand, même du cancer de la bouche ; je suis convaincu que si l'opération était toujours faite dans des conditions favorables, les succès seraient beaucoup plus nombreux.

» Autant j'approuve les opérations hâtives faites avant l'engorgement des ganglions du voisinage, autant je repousse avec énergie ces opérations hasardées qui compromettent l'art sans profit pour l'humanité. C'est dire que j'opère le cancer isolé, circonscrit, et que je ne touche jamais au cancer mal limité dont les racines ont déjà envahi les tissus voisins.

» Le 3 juin 1857, je fus appelé à Muides pour visiter la femme Parreau Boucher, âgée de quarante-huit ans. Cette femme porte sur le bord droit de la langue, à la partie moyenne, un petit champignon dur, saignant au toucher, qui a commencé à paraître il y a six mois environ. C'était, au début, dit la malade, une petite verrue qui a toujours augmenté; aujourd'hui cette tumeur est grosse comme une aveline, elle occasionne de la gêne et quelques douleurs lancinantes. Je l'enlève avec le bistouri, et je cautérise fortement avec le nitrate acide de mercure. Après l'ablation, j'incise la tumeur; son tissu est d'un blanc rosé, dur, lardacé, criant sous le scalpel.

» Un mois après, je revois la malade, qui me dit que son mal est revenu ; je constate, en effet, qu'il a même pris du développement. Après m'être assuré que les ganglions sous-maxillaires sont sains, j'enlève avec les ciseaux à bec-de-lièvre non-seulement le champignon saillant, mais encore le noyau dur qui lui sert de base et qui pénètre dans le tissu de la langue.

» Une forte cautérisation avec le nitrate acide de mercure arrête l'hémorrhagie ; je renouvelle cette cautérisation tous les deux jours pendant une semaine.

» La cicatrisation s'est opérée, et aujourd'hui la malade paraît guérie.

» Cette observation est de date trop récente pour qu'on puisse affirmer qu'il n'y aura pas récidive; mais je ne perdrai pas cette femme de

vue, et je ferai connaître plus tard à la Société le résultat définitif de cette opération.

» Le fait suivant, quoique touchant moins directement à la question, me semble aussi offrir quelque intérêt.

» Le 8 novembre 1851, j'ai été consulté par le nommé Legendre, atteint d'un cancer ulcéré de la lèvre inférieure. Le mal intéresse la lèvre tout entière; il dure depuis quelques années. Legendre a été soigné par une foule de guérisseurs de campagne; il a été opéré en 1850 par un médecin, qui n'a fait qu'ébarber le mal avec des ciseaux.

» Cet homme était dans la force de l'âge (quarante ans environ); il avait un beau teint, et jouissait d'une santé parfaite. Les ganglions sous-maxillaires étant sains, je me décidai à l'opérer.

» J'enlevai tout le mal avec le bistouri, en faisant une incision en V renversé partant des commissures labiales et se terminant au bas du menton, je réunis au moyen de la suture entortillée.

» Legendre guérit sans difformité; il jouit aujourd'hui d'une parfaite santé. L'opération date de six ans; il n'y a pas apparence de récidive.»

Tumeurs veineuses traumatiques de la voûte du crâne. — M. VERNEUIL communique deux faits envoyés à la Société par M. Azam, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Bordeaux, et relatifs à une affection fort singulière dont M. Verneuil a eu déjà l'occasion de présenter un exemple à la Société. Il s'agit de ces tumeurs sanguines veineuses et réductibles qui se forment à la voûte du crâne par suite de chutes ou de contusions, et qui paraissent communiquer avec les sinus veineux de la dure-mère.

M. Verneuil fait précéder la lecture des deux observations de M. Azam d'un résumé de l'état actuel de la question, et de l'énumération des observations déjà connues.

Nous publions ici les deux observations de M. Azam.

« OBS. I. — Choudel, âgé de vingt-deux ans, menuisier, d'une constitution robuste, entre à l'hôpital Saint-André, service de M. Hirigoyen, le 11 novembre 1850.

Il porte dans le haut de la région frontale, un peu à droite de la ligne médiane, une tumeur de la dimension d'une grosse noix. Cette tumeur est irrégulièrement arrondie, sans changement de couleur à la peau; la fluctuation y est manifeste; si on la presse doucement avec la paume de la main, elle peut en deux ou trois minutes environ être complétement réduite; la peau reste flasque et vide. Cette peau étant très-mince et très-molle, on peut au travers d'elle reconnaître une dépression os-

seuse, irrégulièrement circulaire, à bords saillants et inégaux; le malade réduit lui-même sa tumeur avec facilité; elle disparaît quand il penche la tête en arrière, et reparaît quand il l'incline en avant. Choudel ne peut même pas conserver longtemps cette position, car elle s'accompagne de quelques vertiges

Cette tumeur ne présente aucun bruit anormal, et on n'y peut percevoir le moindre battement. Il semble seulement qu'elle devient plus dure dans les grands mouvements respiratoires. J'ai cru percevoir un bruit de souffle obscur sur le trajet du sinus longitudinal supérieur, pendant que le malade réduisait violemment sa tumeur; mais quelques confrères qui ont examiné comme moi le malade ne l'ont pas entendu. Choudel n'éprouve ni dans la région ni dans la tumeur aucune douleur, et si ce n'étaient la difformité et les vertiges qui accompagnent la flexion de la tête en avant, il n'aurait nul souci de sa maladie.

Interrogé sur la cause, il rapporte qu'à l'âge de quinze ans il reçut un coup de pied de cheval dans la région frontale. Il ne perdit pas connaissance, et put même continuer à vaquer à ses occupations; quelques jours après seulement, il reconnut l'existence de cette tumeur, qui depuis a toujours été semblable à ce qu'elle est aujourd'hui.

Ce malade, qui veut guérir de son infirmité, a déjà consulté un médecin. Une ponction exploratrice a été pratiquée, et il est sorti un jet de sang qui a été facilement arrêté.

Le 20 novembre, M. Hirigoyen la ponctionne avec une lancette; comme la première fois, il sort un jet de sang qui a tous les caractères du sang veineux ordinaire; un stylet introduit par l'ouverture trouve une dépression de l'os et quelques saillies inégales, mais le tissu osseux n'est pas à nu, une membrane mince et molle paraît le recouvrir. Il est impossible de découvrir un orifice de communication avec l'intérieur du crâne. Du reste, cette recherche ne pourrait être poussée trop loin sans danger. Cependant cette communication existe, car la quantité de sang qui s'écoule ne peut venir que d'une source considérable, probablement du sinus longitudinal supérieur. Cet écoulement est facilement arrêté, et l'ouverture faite à la peau se cicatrise rapidement sous l'influence d'une simple bandelette de diachylon.

La compression employée pendant une vingtaine de jours n'a donné aucun résultat, et Choudel a quitté l'hôpital dans le même état qu'à son entrée.

Je n'avais plus entendu parler de ce malade et je considérais ce fait comme un simple objet de curiosité sans analogue possible, lorsque M. Gustave Dufour lut le 15 novembre 1851 à la Société de biologie un

mémoire sur une nouvelle variété de tumeur de la voûte du crâne, qu'il avait observée chez un invalide. Cette observation, d'une ressemblance frappante avec la mienne, se terminait par l'autopsie, et la communication de la poche sanguine extérieure avec le sinus longitudinal supérieur avait pu être ainsi clairement démontrée. Chargé de faire à la Société de médecine de Bordeaux un rapport sur le mémoire de M. Dufour, je rappelai l'observation de Choudel.

Les choses en étaient là, lorsqu'au mois de mars 1854, j'ai eu occasion d'observer un autre cas de cette singulière affection.

Obs. II. — Jeanne Tavernier (de Bourg-sur-Gironde), âgée de soixante ans, vient consulter le comité des consultations gratuites de la Société de médecine (en mars 1854) pour une tumeur qu'elle porte dans la région frontale.

Cette femme raconte qu'il y a environ dix-huit mois, étant à travailler aux champs, elle mit le pied sur un râteau; celui-ci ayant fait bascule, l'extrémité du manche la frappa au front avec une grande force. La douleur fut vive ; mais il n'y eut pas de perte de connaissance. La contusion guérit par les moyens ordinaires, sans qu'il fût nécessaire d'appeler un médecin. Vingt à vingt-cinq jours après, la malade reconnut l'existence, au point même qui avait été contus, d'une tumeur molle, de la grosseur d'une petite noix, qui durcissait et augmentait de volume quand elle baissait la tête ; du reste, pas de céphalalgie. Une compression lente faisait disparaître la tumeur.

N'éprouvant aucune douleur, elle n'avait pas consulté de médecin, lorsque, il y a cinq mois, la peau de cette tumeur ayant paru s'amincir et présenté une couleur violette, elle la montra à un médecin de Bourg, M. Gaignerot; celui-ci la ponctionna avec une lancette, et il en sortit une quantité de sang qui, d'après la malade, dépassait de beaucoup celle qu'elle paraissait devoir contenir. Un morceau de taffetas d'Angleterre suffit pour arrêter l'écoulement.

Désirant être guérie, elle vint consulter la Société de médecine.

A ce moment, la tumeur, située sur la ligne médiane près de la racine des cheveux, a le volume de la moitié d'une noix ordinaire; elle est molle et fluctuante ; sa couleur est légèrement violacée ; pas de battements, pas de bruit de souffle ; elle ne donne pas aux doigts la sensation d'une poche remplie de liquide, mais plutôt celle d un tissu spongieux renfermé dans une peau amincie ; elle devient très-dure quand la malade baisse la tête : la persistance de cette position amène quelques vertiges. Si on la comprime soit avec les doigts, soit avec la

paume de la main, elle se ramollit et diminue très-lentement; il est évident que le liquide disparaît et rentre dans le crâne. Après la réduction, il reste sous la peau un tissu mou qui empêche d'explorer nettement l'os et de reconnaître s'il présente des inégalités.

Je reconnus au premier coup d'œil la maladie curieuse que j'avais déjà observée, et je demandai que la malade vînt dans mon cabinet, où je pourrais l'étudier plus facilement et prendre son observation.

Après avoir fait incliner la malade en avant pour faire durcir la tumeur, je pratiquai une ponction avec le trocart explorateur; il sortit une petite quantité de sang ayant toute l'apparence du sang veineux ordinaire; en faisant faire à la canule des mouvements divers, je reconnus que cette tumeur n'était pas formée par une poche unique, mais par un tissu spongieux à larges aréoles: c'est ce qui explique la lenteur avec laquelle rentrait le liquide, qui avait en outre, pour retourner dans le crâne, à passer par un pertuis qui devait être fort étroit, pertuis que je n'ai pas pu découvrir. Je n'ai pas reconnu de rugosités osseuses, ni de dénudation du frontal.

Je transmis à cette femme les conseils du comité, qui étaient de se refuser à toute opération chirurgicale et de porter un bandeau sur le front pour comprimer légèrement sa tumeur. — Elle est partie pour son pays, et je n'en ai plus entendu parler. J'ai écrit à M. Gaignerot pour avoir des renseignements ultérieurs; s'ils ont quelque importance, je les transmettrai à la Société de chirurgie.

Le premier des malades dont j'ai rapporté l'observation, Choudel, qne j'avais étudié en 1850, a été présenté à son tour à la Société de médecine, le 27 novembre 1854, par notre collègue M. le docteur Dupuy; nous avons reconnu qu'après trois ans la tumeur n'avait fait aucun progrès, et nous lui avons donné les mêmes conseils qu'à la femme Tavernier. Je n'ai pas eu l'occasion de le revoir, et j'ignore ce qu'il est devenu.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'extrême analogie qui existe entre ces deux observations et celle de M. Gustave Dufour: chez toutes, choc violent du crâne dans la région des sinus, fissure ou fracture démontrée ou probable, puis tumeur réductible contenant du sang veineux, vivant, en communication avec un réservoir sanguin considérable qui ne peut être que le sinus longitudinal supérieur.

M. Hutin a publié depuis, en 1854, une observation qui offre avec les précédentes une grande analogie, c'est l'histoire de l'invalide Kreps. Cette observation avait été présentée par lui à l'Académie de médecine, le 27 avril 1852. Je ne la rappellerai pas; qu'il me suffise de dire qu'il

y a eu chez ce malade une cause du même genre, un coup de sabre ; l'autopsie a démontré la perforation du sinus longitudinal supérieur par une esquille et la communication de ce conduit avec une tumeur extérieure par un pertuis osseux au travers du pariétal autrefois blessé.

Le nombre des faits observés, leurs caractères communs, leur importance, autorisent à penser qu'on peut légitimement aujourd'hui réclamer pour cette affection une place dans le cadre nosologique.

Le mode de formation de cette lésion serait intéressant à établir. Il peut être compris de deux manières.

Comme dans le cas de M. Dufour, et peut-être dans mes deux observations, il peut, à la suite d'une contusion violente de l'os ou d'une fracture peu étendue, se faire un travail obscur et lent d'ostéite raréfiante. Ce travail, portant sur le diploé et les tables osseuses, peut mettre en communication les canaux veineux, ou le sinus lui-même, avec une poche extérieure; les pertuis formés par ce travail peuvent être plus ou moins sinueux, plus ou moins larges; c'est ce qui explique la réductibilité plus ou moins rapide de la tumeur, et la difficulté de les rencontrer à l'exploration.

Le deuxième mode serait le suivant : dans des cas de fissure ou de fracture peu étendue de la région des sinus, la paroi adhérente de ceux-ci peut être déchirée, et par suite ces canaux veineux mis en communication directe avec le foyer de la fracture; alors le contact incessant du sang en circulation peut empêcher le travail de cicatrisation de la lésion osseuse et faciliter la formation de pertuis fistuleux, qui finissent par s'organiser et amènent le sang à l'extérieur au travers des os du crâne.

J'ai cherché à reproduire par des expériences ce qui peut être reproduit de ce genre de lésion. Sur des cadavres, j'ai produit au moyen d'un marteau de fer ou de bois des fractures du crâne dans la région des sinus. J'ai répété ces expériences un grand nombre de fois; je dois dire qu'en général, après avoir scié les os et détaché la dure-mère avec soin, je n'ai pas vu que la paroi supérieure du sinus, quoiqu'en contact avec la fracture, ait été déchirée; cette paroi et la dure-mère environnante étaient plutôt décollées dans une certaine étendue. Cependant, quoique je ne l'aie pas observée sur le cadavre, cette déchirure ne me paraît pas impossible. Dans un cas où il y avait fracture avec enfoncement peu marqué de la table externe, une longue esquille projetée en dedans avait déchiré la paroi supérieure du sinus longitudinal supérieur, reproduisant ainsi presque exactement le cas de M. Hutin.

En résumé, je pencherais plutôt pour la formation lente des pertuis

par ostéite raréfiante ou absorption interstitielle, pertuis qui communiqueraient avec les sinus très-voisins par l'intermédiaire des canaux veineux du diploé, l'extrême ténacité de la paroi supérieure des sinus rendant plus probable son décollement que sa déchirure, du moins tant que la fracture en contact avec elle n'est pas accompagnée d'esquilles perforantes. »

M. LARREY a retrouvé dans ses notes un fait analogue à ceux-là. Il l'a communiqué à un élève, M. Dupont, qui a choisi ce sujet pour sa dissertation inaugurale.

M. HUGUIER, examinant les deux faits de M. Azam, trouve que le premier est assez concluant; mais le second lui paraît loin d'être démonstratif. Comment le choc d'un manche de râteau aurait-il pu produire une perforation du frontal, de manière à permettre au sang du sinus longitudinal supérieur de venir former sous les téguments du front une tumeur réductible? Ne paraît-il pas plus probable que la tumeur est due à la contusion et à la déchirure des veines de la région frontale? On voit dans l'observation qu'après avoir ponctionné la tumeur, on a vainement cherché avec l'extrémité du trocart l'existence d'une perforation ou d'une altération de l'os frontal. Ce renseignement ne s'accorde point du tout avec le diagnostic.

M. VERNEUIL maintient le diagnostic de M. Azam. Il se base d'abord sur ce qu'il existe déjà six observations très-semblables, dont une accompagnée d'autopsie (cas de M. G. Dufour). Qu'on n'ait pu sur le vivant constater la perforation de l'os, cela ne doit pas surprendre, puisque dans le cas de M. Dufour cette constatation a présenté beaucoup de difficulté au moment de l'autopsie. Les pertuis étaient très-étroits; il a fallu disséquer avec soin et laver à grande eau pour en démontrer l'existence. Quant à l'idée d'une tumeur érectile veineuse ordinaire, émise tout à l'heure par M. Huguier, M. Verneuil la rejette tout à fait, parce que les tumeurs érectiles *veineuses* sont congéniales et non point traumatiques, et parce qu'ici la ponction a retiré instantanément une quantité de sang considérable provenant évidemment d'une cavité spacieuse où le sang était collecté.

M. HUGUIER dit qu'il n'a pas voulu parler des tumeurs érectiles veineuses, auxquelles s'adresseraient effectivement les objections de M. Verneuil, mais d'une variété particulière de tumeurs sanguines constituées par une simple poche veineuse et formées par suite d'une action traumatique sur le trajet d'une veine, comme un anévrysme se forme sur le trajet d'une artère. M. Huguier a vu deux cas de ce genre,

'un à la joue, sur le trajet de la veine faciale; l'autre à l'épaule, sur le trajet de la veine céphalique, dans l'interstice qui sépare le deltoïde du grand pectoral. Il a présenté ce dernier fait à la Société de chirurgie.

M. CHASSAIGNAC rappelle que les diverticules veineux des sinus de la dure-mère faisant tumeur sous les téguments à travers une perforation des os du crâne, sont déjà connus depuis longtemps. M. Bérard aîné, lorsqu'il faisait des cours à l'Ecole pratique, il y a plus de vingt-cinq ans, parlait d'une jeune fille chez laquelle une semblable communication existait. Il y a d'autres faits semblables, et M. Chassaignac en a parlé en 1848 dans sa thèse de concours sur les tumeurs de la voûte du crâne.

Sur une objection de M. DEGUISE relative à l'autopsie citée par M. VERNEUIL, celui-ci demande que la discussion soit renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire,
PAUL BROCA.

Séance du 6 janvier 1858.

Présidence de M. DEGUISE fils.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Epispadias complet. — M. MARJOLIN présente un garçon âgé de douze ans environ, et présentant un vice de conformation assez rare. Toute la paroi supérieure du canal de l'urètre manque, de telle sorte qu'on peut voir la membrane muqueuse dans toute son étendue jusqu'au-dessous de la symphyse des pubis. En cet endroit, la peau, qui est à peine couverte de poils, forme une sorte d'arcade à concavité inférieure, puis se porte de chaque côté le long des corps caverneux jusqu'au frein; toute la portion de peau qui correspond au prépuce se trouve plissée, et en quelque sorte agglomérée au-dessous du gland.

Dans ce cas, qui diffère complétement de l'exstrophie vésicale, il y a ceci de remarquable :

1° C'est que la symphyse pubienne ne présente aucun écartement;

2° Le vérumontanum et l'ouverture des conduits éjaculateurs, qui habituellement, dans les cas d'exstrophie de vessie, occupent la fosse naviculaire, sont situés, suivant toute probabilité, à leur place normale.

Une petite sonde d'enfant introduite dans le petit pertuis sous-pubien démontre que la vessie a une capacité assez grande. Lorsque l'enfant est debout, l'urine s'écoule involontairement; mais lorsqu'il est couché, l'urine peut être retenue toute une nuit dans la vessie.

Si on fait alors uriner l'enfant debout, on remarque que l'urine peut être retenue deux ou trois secondes, puis elle est projetée assez vivement en avant à 20 centimètres et plus du méat urinaire ; seulement elle forme non un jet cylindrique, mais un jet irrégulier et en nappe. M. Marjolin pense que ce vice de conformation n'entraînant pas nécessairement l'impuissance, il serait inutile de tenter une opération autoplastique qui n'empêcherait d'ailleurs pas l'incontinence d'urine. Il croit qu'il faut se contenter d'appliquer un appareil de compression, à cette seule fin d'empêcher l'enfant d'être mouillé lorsqu'il marche.

M. CHASSAIGNAC pense, contrairement à l'opinion du présentateur, que la division de l'urètre n'est pas complète, et que la partie postérieure de ce canal est bien conformée, comme cela a lieu, du reste, dans les cas où l'épispadias n'est pas compliqué d'exstrophie de la vessie. Il en conclut qu'une opération autoplastique pourrait rendre, jusqu'à un certain point, à la verge sa configuration et ses fonctions, et il invite M. Marjolin à exécuter cette opération.

M. MARJOLIN, d'une manière générale, est peu convaincu de l'utilité des opérations autoplastiques dans les cas de ce genre, et annonce que son intention est de laisser les choses dans l'état où elles sont.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

M LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL, à l'occasion du procès-verbal, revient sur le fait qu'il a communiqué dans la dernière séance au nom de M. Fleury (de Clermont), et demande à la Société, de la part de ce chirurgien, si avant d'en venir à l'amputation il n'aurait pas été préférable de placer une ligature sur le tronc de la crurale dans l'aine ou sur l'iliaque externe.

M. LE PRÉSIDENT fait remarquer que la Société a déjà reçu bien des fois des demandes analogues, et qu'elle n'a pas pu se prononcer. Les indications dans les cas de ce genre découlent de l'examen direct des malades et ne peuvent être appréciées à distance.

CORRESPONDANCE.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce que M. le docteur Chapel (de Saint-Malo), chirurgien en chef de l'hospice civil de cette ville, un des correspondants les plus zélés de la Société, a succombé

le 19 décembre après une longue et douloureuse maladie, à l'âge de quarante-six ans.

M. LE PRÉSIDENT prie M. le secrétaire général de vouloir bien témoigner à la famille combien la Société s'associe à cette perte.

— **M. DEBOUT** fait hommage des tomes LII et LIII du *Bulletin général de thérapeutique*.

Tumeurs sanguines veineuses du crâne. — L'ordre du jour appellerait cette discussion, mais M. Verneuil, qui devait y prendre part, étant indisposé, la Société décide que la discussion sera renvoyée à la prochaine séance.

M. HUGUIER toutefois communique une observation qu'il a recueillie tout récemment et qui n'est peut-être pas sans analogie avec les faits en question. Il s'agit d'un petit garçon âgé de cinq à six ans, qui présente au niveau de l'angle de la mâchoire gauche une tumeur assez volumineuse, très-semblable à celle que M. Marjolin a naguère montrée à la Société. Cette tumeur, du volume d'une orange mandarine, arrondie, réductible, partout souple, partout indolente, est recouverte d'une peau saine et sans changement de coloration. Lorsque l'enfant crie ou fait des efforts, la tumeur se gonfle et devient légèrement bleuâtre; le même résultat se manifeste lorsqu'on comprime la veine jugulaire externe à la partie inférieure du cou. La réduction est d'ailleurs facile, et alors, à travers les téguments flasques et amincis, on sent très-bien l'angle de la mâchoire. Cette tumeur est évidemment sanguine et veineuse, et elle est probablement située au confluent de la veine faciale et de la temporale avec la jugulaire externe.

M. CHASSAIGNAC demande si la tumeur ne fait pas saillie vers la cavité de la bouche.

M. HUGUIER répond que non.

RAPPORT.

Bandages herniaires. — **M. FOLLIN** lit le rapport suivant sur les bandages herniaires de M. Féron, de Theuville-aux-Maillots.

Vous avez chargé une commission, composée de MM. Lenoir, Broca et moi, de vous rendre compte d'un travail présenté à la Société par M. Féron, médecin à Theuvelle. Ce travail a pour but de faire connaître un nouveau bandage inguinal, dont la pelote est fixée dans l'état de repos et mobile au moment des efforts.

Depuis longtemps déjà M. Féron essaye de construire des bandages herniaires plus puissants que les autres, selon lui, pour maintenir les

hernies réduites. Ses premières tentatives à cet égard datent de l'époque où M. Belmas faisait ses recherches sur la cure radicale de la hernie, et il avait dès lors été surtout frappé d'un des plus grands défauts des bandages herniaires, l'inégalité de résistance de la pelote durant les efforts et les instants de repos. A partir de ce moment, M. Féron n'a point cessé de s'occuper de ces intéressantes questions, et son dernier essai dans ce genre est le présent bandage.

Je vais d'abord décrire les principales pièces de ce bandage : je dirai ensuite les résultats qui ont été obtenus sur plusieurs malades confiés à M. Féron par quelques chirurgiens.

Le but que M. Féron cherche à atteindre à l'aide de son bandage, c'est de maintenir la hernie réduite avec d'autant plus de force qu'elle est plus sollicitée à s'échapper au dehors dans les différentes actions physiologiques, telles que la défécation, la toux, etc. Presque tous les bandages échappent à ce principe : que la pelote soit fixe ou mobile, que le ressort soit faible ou énergique, la force de contention de la hernie est toujours la même dans les efforts et dans les mouvements si variés du corps. Les bandagistes se sont donc fort peu préoccupés de construire des bandages de force proportionnelle à la tendance qu'a la hernie à sortir au dehors. Cependant quelques appareils ont été construits d'après ces idées, mais ils sont peu connus parmi nous et ne sont point entrés dans la pratique habituelle.

Ainsi en Angleterre, et d'après les indications de M. Teale, on a construit des bandages avec une spirale entre la pelote et le ressort. Cette addition a eu pour but d'augmenter la force de contention du bandage en proportion directe de l'effort exercé sur la spirale.

Notre collègue M. Guérin nous a aussi parlé d'un bandage construit par M. Rive, et qui chercherait aussi à atteindre le même but; il s'agit ici d'un bandage composé d'une double pelote à bascule.

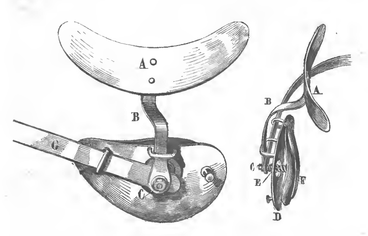
Il suffit, messieurs, de rappeler ces deux essais pour rester convaincu que l'idée sur laquelle repose le nouveau bandage de M. Féron n'est point une idée neuve, mais on ne peut s'empêcher de reconnaître aussi que cette idée est loin d'être vulgarisée parmi ceux qui construisent des bandages herniaires. On doit donc encourager les tentatives faites dans cette direction.

Je viens de rappeler le but que M. Féron a cherché à atteindre avec son bandage, je vais indiquer maintenant les principales pièces de cet instrument.

Il se compose :

1° D'un ressort d'acier G fixé au niveau de l'angle externe de la pelote

à un pivot en fer C, qui est rivé sur la face antérieure de la pelote à sa partie moyenne. Ce pivot, dans ses premiers essais, était renfermé dans un tube de fer analogue à la garniture des serrures. Mais depuis lors, et pour éviter des frottements inutiles, M. Féron a supprimé ce tube de fer.



2° D'une pelote présentant dans son milieu le pivot en fer dont je viens de parler, et autour duquel est enroulée une forte spirale en fil de laiton, dite ressort à boudin E. Quand la spirale est dans son état d'extension, la pièce d'acier qui supporte le ressort se trouve élevée au-dessus de la pelote d'un demi-centimètre.

3° D'une plaque A en forme de croissant à l'une de ses extrémités, coudée dans son milieu et fixée à son autre extrémité entre le ressort et le bout antérieur du pivot en fer. M. Féron, depuis la présentation de son bandage à la Société de chirurgie, a fait subir à cette partie de son appareil d'importantes modifications. Il a supprimé, d'après les conseils de quelques chirurgiens, certaines pièces où s'exerçaient des frottements rudes, qui nuisaient à la précision des mouvements.

4° D'une plaque d'acier D qui sert de squelette à la pelote, et qui dans son milieu laisse passer le pivot en fer et le ressort à boudin.

5° Enfin, pour servir de point d'appui à la spirale en laiton, une plaque métallique, soutenue à son tour par une branche d'acier faisant ressort F.

Je n'insisterai point, messieurs, sur la différence qui existe entre l'ancien et le nouveau bandage de M. Féron ; cette différence ne mo-

difie pas l'indication principale de cet appareil, indication que j'ai rappelée plus haut.

Le bandage est garni comme tous les bandages ordinaires ; seulement, on laisse libre sur la face antérieure de la pelote la spirale et la pièce d'acier qui d'un côté supporte le ressort, et de l'autre est montée sur la plaque en croissant, garnie elle-même en peau.

On applique ce bandage comme les autres brayers, et lorsque, la hernie réduite, la pelote repose bien sur le canal inguinal, la plaque en croissant s'applique sur le ventre.

Pour bien comprendre de suite le mécanisme de ce bandage, il faut rechercher comment il agit dans certains efforts, pendant lesquels les hernies ont une grande tendance à sortir, pendant l'acte de la défécation, par exemple, lorsque le tronc est incliné en avant, et les cuisses fléchies sur le bassin. La plaque abdominale appuie alors fortement sur le ventre, et comme la paroi abdominale est poussée en avant et devenue rigide, l'extrémité inférieure de cette plaque bascule sur la plaque munie du petit ressort en cuir. A son tour, ce ressort réagit et appuie sur la spirale qui communique la pression à la pelote.

Tous les changements qui se passent alors dans le bandage sont sous l'influence de l'effort abdominal, et ils aboutissent tous à donner à la pelote une résistance proportionnelle à l'intensité de l'effort. On pourrait presque dire que ce bandage fait en quelque sorte servir l'effort lui-même à neutraliser la fâcheuse influence qu'il peut avoir sur la reproduction de la hernie.

En résumé, ce qui caractérise surtout ce bandage, c'est la fixité de la pelote dans le sens latéral, et sa mobilité d'avant en arrière pendant les efforts.

Il faut ajouter que la compression exercée par ce bandage est douce et facile à supporter.

M. Féron, après avoir exposé dans son travail les avantages de son bandage, a demandé à la commission de lui fournir quelques malades sur lesquels il pourrait l'appliquer. MM. Lenoir, Demarquay et moi avons mis à la disposition de M. Féron quelques hernieux, et je dois dire de suite que notre choix a porté sur des hernies volumineuses et très-difficiles à contenir. Cependant les résultats ont été assez satisfaisants.

Je ne peux point passer en revue tous les malades auxquels M. Féron a fourni son bandage ; j'en choisirai seulement six.

M. Lenoir a confié à M. Féron un malade de son service, le nommé Lescun, âgé de cinquante-deux ans, qui depuis l'enfance était atteint

d'une hernie très-volumineuse. Cette hernie n'avait pu être contenue par aucun bandage ; celui de M. Féron l'a parfaitement maintenue, et le malade, revu longtemps après, était toujours dans des conditions très-satisfaisantes.

M. Demarquay, faisant le service des hernieux au Bureau central, a donné à M. Féron trois malades chez lesquels des hernies assez volumineuses n'étaient que très-imparfaitement maintenues.

L'un avait une hernie du côté droit, hernie qui mesurait environ 30 centimètres au niveau de son collet. Cet homme, habitué du service des bandages au Bureau central, voyait sa hernie sortir presque toujours. Le bandage de M. Féron a été appliqué le 26 mai 1856 ; revu le 3 janvier 1858, il est dans un état d'amélioration très-grande, car la hernie n'est plus sortie depuis lors, et l'anneau inguinal externe est si rétréci, qu'on peut à peine y faire pénétrer l'extrémité de l'index.

Le second malade est un nommé Lefebvre, âgé de soixante-douze ans, que j'ai vu à plusieurs reprises depuis deux années, et chez lequel une hernie inguinale du côté droit, existant depuis une quarantaine d'années et très-volumineuse, a pu n'être maintenue que par le bandage dont je parle. Cet homme, qui visite les malades d'une société de secours mutuels, marche toute la journée, et se trouve aujourd'hui très-soulagé. Chez cet individu, le sac était très-grand et très-épais. Aussi trouve-t-on au-dessous du bandage une masse charnue qu'on pourrait tout d'abord prendre pour un reste de la hernie ; mais je me suis assuré qu'il ne s'agissait ici que des parois épaissies du sac herniaire.

Un troisième malade, âgé de soixante-neuf ans, demeurant rue de Bièvre, était atteint de deux hernies inguinales assez volumineuses pour mesurer 15 centimètres de circonférence au collet. Ces hernies ont été parfaitement maintenues. Le malade a été revu au bout de six mois ; mais plus tard il a été perdu de vue.

Un nommé Auguste, commissionnaire, rue du Four, atteint d'une vaste hernie du côté droit (35 centimètres), a pu, après l'application du bandage, reprendre l'exercice pénible de sa profession ; il a été revu plusieurs fois par votre rapporteur.

J'ai confié à M. Féron un malade que j'avais opéré à l'hôpital Saint-Antoine d'une hydrocèle de la tunique vaginale, et qui avait en même temps une hernie volumineuse du côté droit. Cette hernie n'était que très difficilement maintenue par les bandages de nos hôpitaux ; celui de M. Féron la maintient très-exactement et très-aisément depuis deux ans.

Il résulte de tout ceci que le bandage de M. Féron peut être d'une grande utilité pour maintenir certaines hernies volumineuses. Dans ces conditions, on ne saurait trop encourager ce médecin à poursuivre les recherches qu'il a déjà entreprises, et à perfectionner de plus en plus le bandage qu'il a soumis à l'examen de la Société de chirurgie.

En conséquence, je viens vous proposer :

1° De remercier M. Féron de son intéressante communication ;

2° D'insérer un extrait de son travail dans nos Bulletins.

M. MOREL trouve l'idée de M. Féron plus ingénieuse qu'exacte ; cette idée d'ailleurs n'est pas neuve, et plusieurs fois déjà on a cherché à obtenir la contention des hernies au moyen d'une pelote à bascule, disposée de telle sorte que l'expansion abdominale se transforme par le jeu d'un levier du premier genre en une pression exercée sur l'anneau. Or c'est là, suivant M. Morel, un mécanisme tout à fait illusoire. L'expansion abdominale tend à repousser en avant la plaque supérieure ; celle-ci se continue avec la pelote au moyen d'une branche qui ressemble à un bras de levier ; il y a donc tout ce qu'il faut pour faire un levier, mais il n'y a pas de point d'appui. Le levier, en effet, s'articule sur l'extrémité antérieure du ressort demi-circulaire du bandage ; le prétendu point d'appui est mobile, et, loin de servir pour la réflexion du mouvement ou pour la transformation de l'expansion en pression, il est repoussé en avant par l'expansion abdominale ; à chaque effort par conséquent il fuit d'arrière en avant, entraînant avec lui la pelote de pression. La construction du nouveau bandage repose donc sur un principe entièrement faux. Ici, comme dans tous les autres bandages à ressort élastique, c'est l'élasticité du ressort qui est le seul agent de la pression. Au reste, M. Morel est loin de contester les résultats avantageux annoncés par M. Follin ; il accepte à cet égard tout ce qu'a dit la commission, mais il attribue les bons effets qui ont été constatés à la qualité, à la solidité, à la précision, en un mot à la bonne construction des bandages employés, abstraction faite de leur mécanisme. Il est naturel, en effet, que l'inventeur n'ait mis à la disposition des commissaires que des bandages de qualité supérieure. M. Morel ajoute enfin que, pendant trois ans, il a fait le service des hernies au Bureau central, et qu'il n'a pas trouvé une seule hernie qu'il fût impossible de contenir au moyen d'un bandage bien fait.

M. FOLLIN répond que les bandages de M. Féron étaient au contraire assez mal construits dans l'origine, parce que ce médecin, arrivant à Paris où il ne connaissait personne, ne pouvait trouver d'ouvriers assez habiles pour mettre ses plans à exécution. Quant à l'objection de

M. Morel relative à l'action du levier, elle est spécieuse, et ne peut être acceptée par ceux qui ont étudié le jeu du bandage en place. On voit alors de la manière la plus manifeste, à chaque effort du sujet, la plaque s'avancer, tandis que la pelote recule.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN rappelle que ces pelotes à bascule existent depuis fort longtemps, notamment sur les ceintures des femmes. Il est vrai que la bascule est exécutée au moyen d'une clef.

M. FORGET demande au rapporteur si les observations qu'il a recueillies sont assez nombreuses, assez variées et assez concluantes pour lui permettre de donner une approbation aussi catégorique, chose toujours grave en pareille matière.

M. FOLLIN répond que, s'il a rapporté seulement six observations, c'est pour ne pas fatiguer la Société. Il a assisté à l'application des bandages de M. Féron sur vingt hernies choisies pour la plupart parmi les plus difficiles à maintenir. Les résultats immédiats ont été excellents dans tous les cas. Et de plus, sur dix malades qui ont été revus par lui au bout de quelque temps, les effets de l'application du bandage ont continué à être très-satisfaisants.

M. DEMARQUAY a vu quelques uns de ces malades; plusieurs d'entre eux avaient des hernies presque incoercibles, que les bandages de M. Féron ont exactement maintenues. M. Demarquay ajoute, sur la question des leviers, qu'il a vu de ses propres yeux le mouvement de bascule s'effectuer pendant les efforts, et que ce fait pratique est supérieur aux raisonnements de M. Morel sur le point d'appui.

M. GUÉRIN rappelle qu'il a lui-même présenté à la Société, il y a quelques mois, un bandage de M. Rive exactement pareil dans son mécanisme à celui de M. Féron.

M. DEBOUT a vu dans le pays où M. Féron exerce la médecine plusieurs malades qui ont été complétement guéris de leurs hernies par l'application des nouveaux bandages. Il y a même quelques guérisons qui ont été obtenues sur des individus âgés de quarante ans. M. Féron d'ailleurs est l'ancien collaborateur de Belmas, et il y a une vingtaine d'années qu'il s'occupe sans relâche de la question des hernies.

La Société décide que des remercîments seront adressés à M. Féron pour sa communication; que le travail de ce médecin sera déposé aux archives, et que le rapport de M. Follin sera inséré au *Bulletin*.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Injections iodées. — M. MARJOLIN présente le fémur et l'os iliaque

d'un enfant atteint de coxalgie. La tête fémorale est profondément érodée et déformée; les bords de la cavité cotyloïde sont entièrement détruits. Des abcès s'étaient produits, il y avait des fusées purulentes et des décollements étendus. Ces divers accidents n'avaient pu être conjurés par les injections d'iode.

A ce propos, M. Marjolin déclare qu'il a eu recours bien souvent aux injections iodées dans le traitement des affections du système osseux, et que, contrairement aux espérances que les publications modernes lui avaient fait concevoir, il n'a pas eu un seul succès à enregistrer.

Pour les abcès par congestion venant de la colonne vertébrale, il a d'abord perdu sept ou huit malades adultes. Arrivé alors dans un hôpital d'enfants, il a répété ses essais, et toujours avec le même résultat. Fidèle au principe de Boyer, il attendait toujours pour agir que l'abcès menaçât de s'ouvrir bientôt spontanément; il pratiquait alors la ponction et l'injection iodée, en suivant autant que possible les règles adoptées par M. Boinet. Il a repris les injections, tantôt au bout de trois jours, tantôt au bout de deux semaines. Tout cela a été inutile; les malades ont succombé sans aucune exception, et peut-être même quelques-uns sont-ils morts plus promptement que si on n'avait pas eu recours aux injections. On avait basé beaucoup d'espérances sur l'absorption d'iode continuelle et prolongée qui doit s'effectuer à la surface interne de la poche injectée; mais les expériences consignées dans la thèse de M. Titon prouvent qu'en pareil cas on ne trouve d'iode dans les urines que pendant deux ou trois jours, c'est-à-dire beaucoup moins longtemps que si on avait donné par les voies digestives une dose unique et peu élevée d'iode.

M. Marjolin ajoute qu'il ne s'est pas occupé seulement des abcès par congestion venus de la colonne vertébrale; qu'il a injecté l'iode également dans les articulations atteintes de tumeurs blanches suppurées et ouvertes, et que dans aucun cas, pas même lorsque l'arthrite occupait les doigts et les orteils, il n'a pu sauver le malade sans amputation ou sans résection. Il termine en demandant que la Société veuille bien discuter la question des injections iodées appliquées au traitement des suppurations chroniques qui dépendent d'une lésion du squelette.

M. DEMARQUAY partage entièrement l'opinion de .M Marjolin. Il a eu recours très-souvent à l'injection iodée dans les cas spécifiés par son collègue, et il n'a eu que des insuccès, quoiqu'il ait suivi exactement les préceptes tracés par M. Boinet.

M. CHASSAIGNAC rappelle que M. Pain, ancien interne des hôpi-

taux, a soutenu l'année dernière sa thèse inaugurale sur ce sujet, et qu'il en est arrivé aux mêmes conclusions que M. Marjolin.

M. FORGET pense au contraire que certaines affections osseuses, que certains abcès par congestion, même ceux qui viennent de la colonne vertébrale, peuvent guérir à la faveur des injections iodées. Il connaît un enfant qui a conservé une gibbosité très-prononcée, mais qui depuis six ans est parfaitement guéri. Plusieurs vertèbres sont détruites; il y a eu un vaste abcès où on a poussé de nombreuses injections d'iode. Mais il est vrai que cet enfant était dans des conditions hygiéniques excellentes, et bien meilleures en tous cas que celles où se trouvent les malades dans les hôpitaux d'enfants.

M. DEMARQUAY ne conteste pas la possibilité de la guérison du mal de Pott; on guérit sans iode, et ce n'est même pas très-rare, témoin le grand nombre de bossus qu'on rencontre dans la rue. Toutes ces gibbosités antéro-postérieures sont le résultat du mal de Pott. Mais la question posée devant la Société est la suivante : Les injections iodées sont-elles de nature à faire cicatriser les lésions osseuses? C'est cette question que M. Demarquay croit pouvoir résoudre par la négative. Il y en a une seconde qu'il résoudra au contraire par l'affirmative : c'est de savoir si les injections iodées ont quelque utilité. Il pense que oui, et il emploie fréquemment ce moyen qui agit favorablement sur le pus.

M. LARREY n'a jamais été grand partisan des injections iodées. — Dans les discussions qui ont eu lieu précédemment devant la Société, il a été un de ceux qui ont manifesté le plus de doutes. Cela ne l'a pas empêché de recourir souvent à ce moyen, et il a presque constamment échoué. S'il lui est arrivé çà et là de constater un peu d'amélioration, il n'a jamais été convaincu que ce bénéfice fût dû aux injections d'iode plutôt qu'aux moxas, aux eaux thermales, aux médications internes qu'il employait en même temps. Et surtout, il n'a jamais trouvé que l'action locale de l'iode fût de nature à faire cicatriser les lésions osseuses. Il pense donc que le moment est venu de soumettre à une discussion approfondie cette importante question de pratique.

— La séance est levée à cinq heures.

Séance du 13 janvier 1858.

Présidence de M. Deguise fils.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Tumeurs sanguines veineuses. — A l'occasion du procès-verbal, M. Huguier donne de nouveaux renseignements sur l'enfant dont il a parlé dans la dernière séance, et qui présentait une tumeur à la partie supérieure du cou, derrière l'angle de la mâchoire. Il raconte que jeudi dernier, il a eu l'occasion de revoir cet enfant en présence de M. Morel, qui émit des doutes sur le diagnostic, et qui annonça qu'il s'agissait simplement d'un kyste. Une ponction fut faite séance tenante, et effectivement ce fut un liquide séreux, d'une couleur jaune-brunâtre très-peu foncée, qui s'écoula à travers la canule du trocart explorateur. Le diagnostic de M. Morel se trouvait par conséquent exact, et il fut décidé que M. Huguier traiterait ce kyste par la méthode de l'injection iodée. Dimanche dernier, l'enfant fut ramené à l'hôpital pour subir cette opération. Le liquide s'était à peine reproduit. La tumeur était flasque et très-peu remplie, de telle sorte qu'il était très-difficile d'y pénétrer méthodiquement avec le trocart. C'est pourquoi M. Huguier, ayant fait concentrer le liquide en un point par des aides qui comprimaient la tumeur avec leurs mains, pratiqua en ce point une petite boutonnière avec un bistouri aigu. L'instrument retiré, le liquide s'écoula aussitôt, et immédiatement après le bec d'une petite seringue en verre pleine de solution iodée fut introduit dans l'ouverture. L'injection fut ainsi pratiquée sans le secours du trocart. Le lendemain, la tumeur était plus chaude et plus tendue, mais aujourd'hui, trois jours après l'injection, elle commence déjà à diminuer. L'enfant n'a eu ni fièvre ni aucun autre accident. Tout permet de compter sur un bon résultat.

M. Huguier, revenant sur le diagnostic inexact qu'il avait porté dans l'origine, insiste sur les deux caractères qui lui ont fait croire à l'existence d'une tumeur veineuse sanguine, savoir, d'une part, la réductibilité, et, d'autre part, l'augmentation de volume qui se manifestait dans les efforts, dans les cris, ou lorsqu'on comprimait la jugulaire externe à la partie inférieure du cou. Ces changements de volume s'expliquent

sans doute en partie par l'existence d'un lacis veineux très-développé, sur lequel repose la face profonde de la poche, mais ils dépendent aussi de la région où était situé le kyste. La compression exercée avec la main, sans faire entièrement disparaître la tumeur, la réduisait en grande partie en la refoulant soit derrière la mâchoire, soit dans les interstices musculaires, soit vers le plancher de la bouche, puis lorsquo l'enfant criait ou contractait ses muscles, la tumeur, refoulée en sens inverse, venait faire à l'extérieur une saillie plus considérable.

M. MOREL insiste à son tour sur les conditions qui donnaient à la tumeur l'apparence de la réductibilité. Il rappelle d'ailleurs que déjà à plusieurs reprises, il a entretenu la Société de cette question de diagnostic. Le fait actuel est venu vérifier l'exactitude des caractères distinctifs indiqués précédemment par M. Morel, et reproduits tout à l'heure par M. Huguier.

M. GIRALDÈS demande si le liquide extrait du kyste a été analysé par la chimie, ou examiné au microscope. M. Huguier répond que non.

— M. VERNEUIL prend ensuite la parole pour compléter l'observation qu'il a citée dans l'avant-dernière séance, d'après M. Gustave Dufour. C'est le seul cas où l'autopsie ait permis jusqu'ici de connaître la cause et la nature de ces tumeurs veineuses réductibles de la voûte du crâne, qui ont attiré depuis quelque temps l'attention de la Société. Le fait de M. Gustave Dufour a été publié *in extenso* dans le tome III des *Mémoires de la Société de biologie*, année 1851, page 155 à 163. M. Verneuil lit quelques passages de cette observation, et il résulte clairement de l'autopsie qu'il y avait réellement communication entre la cavité de la tumeur et celle du sinus longitudinal supérieur. Les liquides injectés et les gaz insufflés ont pu passer sans difficulté de l'une de ces cavités dans l'autre, à travers les pertuis nombreux dont était criblé l'os frontal, lequel du reste était singulièrement aminci au niveau de la tumeur.

Cette affection était positivement traumatique ; elle s'était développée assez rapidement à la suite d'un coup de crosse de fusil, reçu vers le milieu du front, pendant un assaut, cinquante ans avant la mort du sujet.

— M. CHASSAIGNAC communique la note suivante, extraite textuellement de sa thèse de concours *sur les tumeurs de la voûte du crâne,* soutenue en 1848. On y lit à la page 125 :

« Je crois avoir entendu rapporter par M. Bérard aîné, lorsqu'il faisait des cours d'anatomie, un exemple de dilatation variqueuse com-

muniquant avec le sinus longitudinal supérieur, et qui se gonflait considérablement lorsque l'enfant faisait un effort ou poussait un cri. C'est là une variété de tumeurs dont nous trouvons peu d'exemples dans les auteurs. Les deux cas suivants se rapportent peut-être à ce genre de tumeurs.

» Busch rencontra une tumeur sur la partie postérieure de la tête d'un enfant, mort probablement, dit-il, plusieurs jours avant l'accouchement, et sur la tête duquel de violentes tractions faites avec le forceps avaient été nécessaires. Cette tumeur ayant été ouverte, on vit qu'elle contenait du sang veineux, et qu'elle communiquait avec le sinus longitudinal supérieur.

» Flint trouva sur l'occiput d'un enfant né depuis plusieurs jours une tumeur assez considérable. Il l'ouvrit. Elle contenait du sang veineux, qui s'écoula en si grande quantité que l'enfant périt d'hémorrhagie. Cette tumeur communiquait avec le sinus longitudinal. (Pigné, *Cephalœm.*, p. 21.) »

M. DEGUISE fait remarquer que les faits cités par M. Chassaignac diffèrent entièrement de ceux dont il a été question jusqu'ici devant la Société. Ceux-ci, en effet, sont relatifs à des tumeurs traumatiques, tandis que dans les trois cas de M. Chassaignac, ces tumeurs étaient congéniales.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. J'ai l'honneur de déposer sur le bureau une notice sur le traitement des *nævi materni* vasculaires par l'inoculation vaccinale.

Ce travail m'avait été remis il y a quelques jours par mon ami M. Legendre, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, dont nous déplorons la perte prématurée. Dans ce mémoire, notre excellent collègue avait passé en revue l'historique de cette intéressante question, et s'appuyant sur les faits que la science possède, et sur sa propre observation, il avait établi tout ce que l'inoculation vaccinale renferme d'avantages dans le traitement des nævi, et combien il est important d'y recourir avant toute autre méthode.

Sur la proposition de M. le président, le mémoire de M. Legendre sera déposé honorablement dans la bibliothèque de la Société.

— M. GIRALDÈS remet, de la part du conseil de la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, les trois premiers fascicules du tome Ier de ses procès-verbaux pour l'année 1857.

M. Giraldès donne ensuite une courte analyse des principaux mémoi-

res renfermés dans ce recueil, qui comprend une observation de tumeur myéloïde considérable du pouce, rapportée par M. Curling; un cas de déplacement de l'omoplate avec paralysie du grand dentelé, par M. le docteur B. Brodhurst, et deux faits rares, l'un de nævus occupant le bras et la poitrine chez une jeune fille de dix-sept ans, et l'autre de luxation traumatique du genou, observés par M. le docteur Rich. Quain.

M. LE PRÉSIDENT prie M. le secrétaire général de remercier le conseil de la Société de ce nouvel envoi.

— M. DECÈS adresse pour le prix Duval deux exemplaires de sa thèse sur les varices artérielles ou anévrysmes cirsoïdes.

Discussion sur les injections iodées dans le traitement des altérations osseuses ou articulaires et des abcès qui en dépendent. — M. BOINET déclare que, malgré les objections qui ont été formulées dans la dernière séance, il persiste à croire que les injections iodées peuvent amener la guérison des abcès par congestion symptomatiques des altérations de la colonne vertébrale. M. Marjolin a été malheureux, puisque tous ses malades ont succombé, mais ces insuccès, quelque nombreux qu'ils puissent être, ne sauraient faire oublier les succès que M. Boinet a obtenus.

A ce propos, M. Boinet cite l'observation de trois malades atteints d'abcès par congestion avec gibbosité vertébrale, et qui ont été guéris par les injections iodées; l'un de ces malades a été suivi par M. Bonvallet; l'autre par M. Barthélemy (de Saumur); le troisième, par MM. Gaston Dumont et Réal.

Ces résultats, continue M. Boinet, diffèrent beaucoup de ceux que M. Marjolin a obtenus. A quoi tient cette différence? Je l'attribue pour ma part aux conditions dans lesquelles se trouvaient les malades, les miens ayant été traités en ville, et ceux de M. Marjolin à l'hôpital. Le séjour prolongé à l'hôpital suffit à lui seul pour scrofuliser certains sujets, et par conséquent à plus forte raison pour entretenir des altérations osseuses, qui auraient pu guérir en bon air. M. Courtiade a vu à la maison de détention de Fontevrault les individus qui sont renfermés devenir tuberculeux et scrofuleux en quelque sorte sous ses yeux, tandis que ceux qu'on envoie aux travaux des colonies agricoles ne présentent rien de semblable. Les hôpitaux de Paris, quelque bien construits, quelque bien aérés qu'ils puissent être, offrent sous ce rapport des conditions très-défavorables pour les malades qui sont obligés d'y séjourner pendant longtemps. Je n'ignore pas que la plupart des malades, surtout les enfants, sont beaucoup mieux à tous égards à l'hôpital

qu'ils ne seraient chez eux; mais il n'en résulte pas qu'ils y trouvent toutes les conditions nécessaires à leur guérison.

L'injection iodée n'agit pas sur la constitution ; ses effets sont purement locaux. Quels sont ces effets? Pour en juger, prenons les cas les plus simples, où l'altération osseuse est superficielle et où l'abcès est largement ouvert. Ce qui se passe alors est l'image fidèle de ce qui se passe dans les abcès par congestion, suite de carie vertébrale; seulement dans ce dernier cas on ne voit pas les effets de l'application de l'iode, tandis que dans le premier cas on les aperçoit sans difficulté. Le premier effet du contact de la teinture d'iode sur la surface d'une plaie chronique, d'un ulcère ou d'un abcès froid, est la production d'une couche jaunâtre, sorte de vernis mince et sec qui doit être attribué à une coagulation pure et simple. Tant que ce vernis reste appliqué sur la plaie, la sécrétion purulente est arrêtée ou au moins très-notablement diminuée; cela dure environ deux jours ; après quoi la couche de coagulum se détache, et la suppuration recommence. Une seconde application produit la répétition de ces phénomènes, et ainsi de suite.

Voilà pour les parties molles. Qu'observons-nous maintenant sur les os cariés? Des effets analogues, mais beaucoup plus lents. Le contact répété de l'iode déterge l'os, favorise à la longue la séparation des lamelles malades, et produit, comme dans les parties molles, une couche de coagulum sous laquelle la cicatrisation se fait peu à peu.

Ces phénomènes, qu'on observe dans les caries superficielles, se passent exactement de la même manière dans les abcès par congestion. Je laisse volontiers ces abcès devenir fistuleux ; car, grâce aux injections d'iode, je ne crains ni l'infection putride, ni les autres inconvénients attribués à l'introduction de l'air dans les grands foyers purulents. Les accidents consécutifs à l'ouverture de l'abcès étant ainsi conjurés, j'attends que les injections réitérées aient modifié et amélioré l'altération osseuse. Certes, celle-ci est bien loin de toujours guérir. Si c'est une affection tuberculeuse, le traitement échoue, puisque la constitution est atteinte d'une diathèse générale et que la tuberculisation pulmonaire voue presque inévitablement les malades à la mort. Mais quand il n'y a qu'une simple carie, la guérison s'obtient souvent, pourvu qu'on fasse suivre au malade un traitement général tonique, une bonne hygiène et un régime convenable, afin de soutenir ses forces et de relever sa constitution.

Encore un mot sur l'application des injections iodées au traitement des coxalgies suppurées. M. Marjolin et quelques-uns de mes collègues

ont dit n'avoir jamais réussi en pareil cas; je répondrai à cela que j'ai guéri par ce moyen, chez un individu âgé de trente-cinq ans, une coxalgie avec abcès fistuleux, datant déjà de cinq ou six années.

M. RICHARD. L'argumentation de M. Boinet me semble un peu trop théorique, et j'aimerais bien mieux qu'elle fût basée sur des faits. Je voudrais, par exemple, que M. Boinet ne se contentât pas de nous citer ses succès, mais qu'il prît la peine de dresser un relevé de tous les cas d'abcès par congestion où il a eu recours à l'injection iodée, et qu'il nous dît combien il a perdu de malades, car je ne doute pas qu'il n'en ait perdu beaucoup.

M. Boinet vient d'insister sur les mauvaises conditions hygiéniques où les malades se trouvent placés dans les hôpitaux, surtout dans les hôpitaux d'enfants, et c'est à cela qu'il attribue les insuccès dont se plaignent les chirurgiens de ces établissements; mais il oublie que c'est précisément à l'hôpital des Enfants que M. Bouvier a recueilli, en une seule année, six observations d'abcès par congestion, guéris sans le secours des injections iodées. Quant aux coxalgies, j'ose dire qu'il est commun de les voir guérir chez les enfants, et quelques succès obtenus à la suite des injections iodées ne prouveraient pas grand'chose. Quoi qu'il en soit, j'invite de nouveau M. Boinet à nous donner la statistique complète de ses succès et de ses revers dans le traitement des abcès par congestion.

M. GIRALDÈS. Les injections iodées sont un moyen adjuvant, et rien de plus. Les mêmes malades guériraient aussi bien ou même mieux, sans le secours des injections, si on les envoyait aux eaux minérales, si, par exemple, on leur faisait passer une ou deux saisons à Baréges. Je connais une jeune fille, âgée de vingt ans, qui avait une gibbosité lombaire avec deux abcès par congestion, ouverts l'un dans l'aine droite, l'autre dans l'aine gauche, et qui aujourd'hui, après deux saisons passées à Baréges, est complétement guérie, sauf la gibbosité, qui persistera toujours. Je puis également citer l'observation d'un ancien malade de Blandin, aujourd'hui auditeur au conseil d'État, qui dut à trois saisons des eaux de Baréges la guérison d'une coxalgie fort grave compliquée d'abcès et de fistules.

Je répète donc qu'à mes yeux l'iode n'est qu'un moyen adjuvant, et je crois pouvoir dire que c'est également l'opinion de M. Boinet, puisqu'il insiste tant sur l'influence des conditions hygiéniques et du traitement général.

M. GUERSANT. Il faut bien prendre garde d'attribuer à l'action de certaines méthodes de traitement des guérisons qui sont l'œuvre de la

nature. C'est la scrofule qui est la cause des altérations osseuses et des abcès par congestion chez les enfants. Or personne n'ignore qu'à l'approche de l'adolescence la constitution de beaucoup d'enfants s'améliore, et que les accidents de la scrofule s'amendent alors d'une manière sensible ou guérissent même entièrement. C'est ainsi que je m'explique pourquoi on obtient, à la suite de traitements très-divers, des guérisons d'abcès par congestion ou de caries scrofuleuses chez les enfants de treize à seize ou dix-huit ans, tandis que les mêmes moyens échouent complétement chez les enfants de trois à quatre ans.

M. CAZEAUX. Il y a une circonstance qui m'a toujours rendu assez sceptique à l'égard des résultats attribués aux injections iodées. C'est que, dans la plupart des cas d'abcès par congestion, il est presque impossible que l'iode injecté arrive jusque sur les os. Cette remarque m'est venue en particulier en assistant à certaines autopsies, et en voyant des trajets tellement longs et tellement sinueux que l'injection n'avait vraiment aucune chance d'atteindre le squelette. Je pense donc que les guérisons dont parle M. Boinet ont été dues au traitement général qu'il a constamment mis en usage.

M. LARREY. L'argument que vient de présenter M. Cazeaux est précisément celui sur lequel j'ai le plus insisté il y a quelques années, lorsque cette même question a été discutée dans le sein de la Société. Les doutes que j'ai émis alors, je les conserve aujourd'hui, et je serais heureux que M. Boinet voulût bien nous donner des preuves cliniques à l'appui de la méthode qu'il préconise. Je l'invite surtout, dans le classement des faits qu'il nous présentera, à distinguer les cas où l'os malade est superficiel, de ceux où il est profond.

M. BROCA. Je crois que M. Boinet se fait quelque illusion sur le mode d'action des injections iodées, mais je ne saurais partager le scepticisme de quelques-uns de mes collègues sur les effets de ces injections. Ces effets dans beaucoup de cas m'ont paru excellents, et je puis citer en particulier l'observation d'un corroyeur âgé de vingt-cinq ans, nommé Gilbert Demonteix, que j'ai guéri à l'Hôtel-Dieu, au moyen d'une seule injection iodée, d'un volumineux abcès par congestion occupant à la fois la région iliaque, la région inguinale et la région fessière. Le début de cette affection remontait déjà à quatre années; mais pendant plus de trois ans le malade n'avait éprouvé que des douleurs lombaires assez vives, irradiées dans la fesse et dans la cuisse du côté gauche. Ce fut seulement au mois de janvier 1854 qu'une collection se montra dans la fosse iliaque. Dans les mois suivants, l'abcès s'accrut, gagna le pli de l'aine, contourna l'extrémité supérieure du fémur, et

vint faire à la partie supérieure de la cuisse et à la partie inférieure de la fesse une saillie considérable. Le 1er septembre 1854, lorsque je pris le service de M. Laugier, je trouvai ce malade couché au n° 1 de la salle Sainte-Marthe. Huit cautères avaient successivement été appliqués sur la région lombaire ; on avait prescrit l'iode à l'intérieur et en frictions. Ce traitement n'avait produit aucune amélioration ; l'abcès, au contraire, tendait plutôt à s'accroître.

Le 13 septembre, je me décidai à pratiquer une injection iodée. Je retirai d'abord du foyer, au moyen d'un trocart et d'une seringue à aspiration, plus d'un litre de pus, sans toutefois vider entièrement l'abcès ; puis j'injectai deux tiers de litre de teinture d'iode étendue de deux parties d'eau. La moitié de cette injection environ fut laissée à demeure dans l'abcès. La tumeur, qui se trouvait ainsi notablement affaissée, se gonfla de nouveau les jours suivants ; puis elle commença à diminuer. Vers le milieu d'octobre, elle était réduite environ à la moitié de son volume primitif ; mais elle paraissait devoir rester stationnaire. Le 23 octobre, une ponction, qui ne fut pas suivie d'injection, me permit de retirer environ un demi-litre d'un liquide épais, visqueux, d'un jaune brunâtre. Dès lors la tumeur cessa pour toujours de présenter de la fluctuation. On sentait encore dans la fosse iliaque, dans le pli de l'aine et dans le pli de la fesse, un engorgement assez ferme et assez volumineux ; mais peu à peu cet engorgement entra en résolution. Au milieu de novembre, la fesse avait repris son volume et sa forme normale ; il y avait toujours dans l'aine et dans la fosse iliaque une induration assez prononcée, qui diminua rapidement, de telle sorte que le 15 janvier, jour où le malade quitta l'hôpital, la guérison était parfaite ; il ne restait plus aucune trace de l'abcès. J'ai rencontré cet homme quelques mois après ; il allait toujours très-bien, et avait repris sans inconvénients sa pénible profession.

Un succès aussi rapide obtenu dans un cas aussi grave, au moyen d'une seule injection d'iode, permet d'affirmer que ce moyen possède une efficacité réelle. Il me semble, en effet, évident qu'ici l'iode n'a pas été seulement un adjuvant, mais qu'il a été l'agent de la guérison. Faut-il en conclure que le contact de ce médicament ait suffi pour faire cicatriser en quelques semaines l'altération osseuse qui avait été la cause de l'abcès ? Non ; je suis convaincu au contraire que la maladie de l'os n'a subi aucune modification par l'iode, par la raison qu'elle était déjà guérie spontanément avant l'injection, ainsi que j'en ai vu plusieurs exemples. J'ai présenté à la Société anatomique, il y a plus de dix ans, des pièces qui m'avaient paru alors fort extraordinaires.

C'était un vaste abcès par congestion, auquel le malade avait succombé, quoique la lésion de la colonne vertébrale fût entièrement cicatrisée. Le foyer purulent n'avait aucune connexion avec le squelette, et nous avions cru d'abord qu'il s'agissait d'un abcès formé primitivement dans le psoas; mais, en y regardant de plus près, nous trouvâmes sur les côtés de la colonne vertébrale lombaire les traces d'une carie cicatrisée et recouverte d'une épaisse couche de tissu fibreux accidentel qui séparait la surface de l'os de la partie supérieure de l'abcès. La carie avait guéri spontanément, et l'abcès avait ensuite fait périr le malade. Depuis lors j'ai fait cinq ou six autopsies semblables, et je suis convaincu que le malade dont je parlais tout à l'heure, et dont l'abcès a guéri, comme aurait pu le faire une hydrocèle, à la suite d'une seule injection d'iode, je suis convaincu, dis-je, que ce malade était déjà guéri de sa carie lorsque j'ai eu recours à l'injection.

Cette guérison spontanée de la carie, et de toutes les suppurations qui viennent du squelette, est en général considérée comme fort rare. On part de l'idée préconçue que toutes ces altérations osseuses dépendent d'une cause constitutionnelle, et dès lors on est disposé à croire qu'elles n'ont aucune tendance à guérir spontanément. C'est une grande exagération. La carie, comme la nécrose, comme les tubercules osseux, constitue quelquefois un mal entièrement local, et ces diverses affections peuvent se développer chez des individus robustes, bien constitués, exempts de toute diathèse. Pour les tubercules des os, cela a été dit depuis longtemps; c'est même cet exemple qu'on a opposé à M. Louis pour repousser la loi trop générale qu'il avait émise sur la répartition des tubercules dans les divers organes. Non-seulement la tuberculisation des os existe fréquemment chez des individus dont les poumons sont parfaitement sains, mais encore l'expérience a démontré que souvent la production tuberculeuse est localisée exclusivement dans une région très-circonscrite du squelette. Il en est de même de la carie, qui se montre assez souvent comme accident entièrement local chez des sujets très-bien constitués. Cela est vrai pour les caries vertébrales aussi bien que pour les caries des os superficiels, et celui qui s'en rapporterait à l'étiologie des livres classiques serait bien surpris de voir que dans les hôpitaux d'*adultes* la plupart des abcès par congestion se montrent chez des sujets dont la santé générale paraît d'ailleurs excellente.

On a beaucoup exagéré le pronostic de la carie et des tubercules des os. Les tubercules guérissent très-souvent, et cela a lieu de deux manières :

tantôt par absorption de la matière tuberculeuse ou par enkystement, et sans formation d'abcès ; ce mécanisme est possible même lorsque plusieurs corps vertébraux superposés sont creusés de cavités tuberculeuses; la guérison alors ne s'effectue qu'à la faveur d'un affaissement qui laisse une gibbosité médiane et postérieure. Personne n'ignore que c'est une terminaison assez commune du mal de Pott. Le second mécanisme nous intéresse davantage. La matière tuberculeuse se fait jour à l'extérieur de l'os, et provoque dans les parties molles la formation d'un abcès par congestion. L'injection iodée peut-elle en pareil cas exercer sur l'état de l'os une influence favorable? Nullement, car la cavité tuberculeuse de l'os est tapissée d'une membrane qui empêche le contact de l'iode avec le tissu osseux. Par cela seul que la matière tuberculeuse s'est portée en dehors de l'os, l'altération osseuse est déjà en voie de guérison spontanée. La lésion du squelette cesse dès lors d'influer sur la marche de l'abcès, et celui-ci constitue à lui seul presque toute la maladie locale. Quant à la carie, je ne nie pas qu'elle ne soit souvent entretenue par une diathèse; mais cette altération, considérée en elle-même, est parfaitement curable. C'est surtout une question de temps; il faut quelquefois plusieurs mois, plusieurs années pour tarir la suppuration osseuse; mais les malades placés dans de bonnes conditions hygiéniques finissent le plus souvent par guérir sans opération lorsque le siége spécial de la carie ne fait naître aucune complication. Qui n'a vu guérir des caries superficielles de la main, du pied ou de la clavicule? Ces résultats heureux sont peut-être rares dans les hôpitaux où les malades ne peuvent sans inconvénient faire un séjour trop prolongé; mais en ville, et surtout à la campagne, j'ose dire que la guérison de ces caries sans opération, et même sans traitement local, est la règle la plus ordinaire; seulement ces guérisons exigent un temps fort long.

D'où vient donc que les caries vertébrales et les tubercules vertébraux compliqués d'abcès par congestion soient des affections à peu près constamment mortelles, puisqu'il n'y a dans leur nature aucune condition absolue d'incurabilité? C'est parce que leur siége dans une région profonde expose les malades à une complication extrêmement grave, je veux parler de l'abcès. Le pus des os superficiels s'ouvre aisément une issue vers l'extérieur sans produire de délabrements dans les parties molles; puis il se forme une fistule qui fournit une suppuration peu abondante; la vie des malades n'est pas menacée, et la guérison n'est plus qu'une question de temps. Le pus qui vient des os profonds, au

contraire, s'accumule dans les tissus, et forme de vastes collections dont l'ouverture est toujours très-tardive. Tout le monde connaît les accidents formidables qui suivent cette ouverture et qui sont presque nécessairement suivis de mort. Ces accidents dépendent uniquement de l'abcès, et nullement de l'altération de l'os, et la preuve, c'est que quelquefois cette altération est déjà guérie naturellement lorsque les malades succombent. J'en ai tout à l'heure cité des exemples. La grande indication thérapeutique consiste donc à traiter l'abcès, qui menace directement et prochainement la vie, sans s'inquiéter de l'altération osseuse, dont l'importance n'est plus que secondaire, et dont la guérison spontanée s'effectuera tôt ou tard si on réussit à faire vivre les malades jusque-là.

Pour remplir cette indication, il n'est aucune méthode parmi celles qu'on connaît jusqu'ici qui soit préférable à celle des ponctions pratiquées le plus tôt possible, et suivies d'injection iodée. Sous ce rapport, je suis de l'avis de M. Boinet; je pense en outre, comme lui, qu'on doit soutenir la constitution au moyen d'un traitement tonique et d'une bonne hygiène; mais il y a un point sur lequel je ne puis m'accorder avec lui. Il croit que le contact de l'iode exerce une action locale favorable, en quelque sorte spécifique, sur le tissu de l'os altéré. Je considère cette action comme tout à fait illusoire. Il attribue à l'iode ce qui est le résultat du temps et d'un travail naturel. J'ai bien des fois essayé les injections et les applications d'iode sur les caries et sur les autres suppurations chroniques des os superficiels, jamais je n'en ai obtenu le moindre résultat. L'iode n'agit que sur les parois des abcès, en modérant la suppuration, en la modifiant, en conjurant les accidents d'infection putride ou d'épuisement, et en favorisant la rétraction de la poche. L'abcès finit par se transformer en un trajet fistuleux long et étroit qui fournit une petite quantité de pus, et qui dès lors ne menace plus la vie des malades. J'en ai vu deux exemples remarquables, l'un à l'Hôtel-Dieu en 1854, l'autre en 1856 à l'hôpital du Midi, où je faisais le service par intérim après la mort de notre collègue Vidal. Je ne sais si ces deux malades ont fini par guérir tout à fait, mais ce que je puis dire, c'est que les injections iodées avaient produit chez eux les résultats les plus favorables; que leur santé générale était excellente, que la suppuration était fort peu abondante, et que la largeur du trajet diminuait de jour en jour.

Mais quand il n'y a pas d'abcès, quand il s'agit seulement de traiter la maladie de l'os, l'iode, à mes yeux, ne constitue plus qu'un topique insignifiant.

Pour me résumer, je dirai donc :

1° Que les injections iodées n'exercent absolument aucune action sur l'état local des os malades;

2° Qu'elles exercent, au contraire, une action des plus favorables sur les parois des abcès par congestion, et que ce moyen, quoique fort douteux dans ses résultats, est préférable cependant à tous les autres moyens locaux qui ont été préconisés jusqu'ici.

M. CHASSAIGNAC. J'ai été et je suis encore partisan des injections iodées dans beaucoup de cas, et notamment dans le traitement des kystes, des hydrocèles et autres affections du même genre. Mais pour les maladies accompagnées de suppuration, l'iode, je l'avoue, ne m'inspire pas de confiance. J'y ai renoncé, en particulier, dans le traitement des abcès par congestion; et je crois que beaucoup de mes collègues des hôpitaux ont vu, comme moi, leurs espérances se dissiper. A l'hôpital, nous ne pouvons pas envoyer nos malades aux eaux minérales; les ressources de l'hygiène sont assez restreintes, et les abcès par congestion, de quelque manière qu'on les traite, se terminent presque inévitablement par la mort. Lorsque nous avons connu les résultats annoncés par M. Boinet, il n'est aucun de nous sans doute qui n'ait voulu essayer les injections iodées. Pour ma part, j'y ai eu recours assez souvent, et toujours sans résultat. Je dois même dire que plus d'une fois la marche de la maladie a paru accélérée, des accidents d'une gravité prochaine se sont manifestés, et il m'a paru que la vie des malades était abrégée par le traitement. C'est cela surtout qui m'a découragé. On cite des succès à l'appui de la méthode; mais cela ne suffit pas; il faut savoir si ces succès dépendent du hasard ou du traitement; et tant que M. Boinet n'aura pas donné de relevés numériques, tant qu'il n'aura pas dit quelle est la proportion des guérisons et la proportion des morts, je crois que la méthode qu'il préconise ne rencontrera guère de partisans.

M. MARJOLIN. Quand une maladie est fréquente et qu'elle est très-grave, il est naturel d'essayer les méthodes nouvelles, surtout lorsqu'elles sont préconisées par un homme comme M. Boinet. Voilà pourquoi j'ai cru pouvoir et devoir recourir aux injections iodées dans le traitement des abcès par congestion. Lorsque cette méthode s'est montrée pour la première fois, je faisais le service dans un hôpital d'adultes. J'y ai traité six ou sept malades, ils sont tous morts. J'avais pourtant suivi aussi exactement que je l'avais pu les préceptes formulés par M. Boinet. Ces insuccès n'ont pas suffi pour m'arrêter. Arrivé dans un hôpital d'enfants, où les suppurations chroniques

des os et les abcès par congestion se montrent si fréquemment, j'ai de nouveau essayé les injections iodées, et je dois dire que je n'en ai jamais obtenu le moindre succès. Plusieurs fois même il m'a semblé que mes malades étaient morts plus vite que si la maladie avait été abandonnée à elle-même. Aujourd'hui je suis découragé; mais avant de renoncer à ce moyen, je viens demander à mes collègues s'ils ont été plus heureux que moi.

On disait tout à l'heure que l'hôpital était pour les malades un séjour nuisible. S'il en était ainsi, il faudrait fermer les hôpitaux. Mais non; les malades, surtout les enfants, s'y trouvent dans des conditions bien préférables à celles qu'ils rencontrent chez eux, et il arrive très-fréquemment que dans les quelques jours qui suivent leur entrée, leur santé générale s'améliore d'une manière notable.

M. Boinet vient d'insister sur la nécessité d'un traitement général. Je n'ai certes pas négligé cet ordre de moyens. J'ai donné l'iode à l'intérieur; je l'ai fait absorber par la peau sous forme de frictions d'iodure de potassium. Pour le dire en passant, j'ai donné la préférence à cette dernière préparation, parce qu'elle se laisse absorber par la peau, tandis que les pommades d'iodure de plomb, employées par beaucoup de praticiens, ne sont nullement absorbables par cette voie. En même temps, je le répète, j'employais les injections iodées, poussées, soit dans les foyers encore clos, soit dans les trajets fistuleux. Je dois dire que ce moyen s'est montré inoffensif, c'est-à-dire que je n'ai vu aucun accident grave en être la suite. Une ou deux fois seulement la ponction a été le point de départ d'une petite rougeur érysipélateuse qui n'a eu, du reste, aucune gravité. Ainsi, je puis dire que tout s'est passé d'une manière favorable sous le rapport de l'innocuité immédiate des opérations; et cependant je n'ai jamais obtenu une amélioration sérieuse, et finalement tous mes malades sont morts.

MM. Cazeaux et Larrey objectaient tout à l'heure que dans beaucoup de cas l'iode injecté dans les abcès par congestion ne peut arriver au contact de l'os. Je suis entièrement de leur avis. Je me souviens, entre autres, d'un enfant que j'ai montré à M. Verneuil, et chez lequel le pus d'un abcès de l'aine venait des premières vertèbres dorsales à travers un trajet étroit et sinueux. Il est évident que l'injection iodée ne pouvait remonter jusque-là.

M. Broca disait tout à l'heure qu'un tubercule osseux ouvert à l'extérieur est déjà en voie de guérison spontanée. J'en puis dire autant de certaines tumeurs blanches, et notamment de celles du coude et du genou, chez les enfants. C'est une chose digne de remarque que, lors-

que les tumeurs blanches s'ulcèrent de bonne heure, avant que le gonflement soit considérable, elles ont quelque tendance à guérir. Au contraire, lorsqu'elles prennent un grand volume avant de s'ulcérer, il n'y a d'autre ressource que l'amputation. J'ai donc vu guérir plusieurs fois des tumeurs blanches ulcérées du coude et du genou; mais les applications locales d'iode n'ont paru exercer aucune influence sur ces guérisons.

Quant aux abcès par congestion, je répète que je n'en ai pu guérir un seul; et toutefois, avant de proscrire définitivement les injections iodées, je voudrais voir cette méthode appliquée par M. Boinet lui-même. Je lui propose donc de venir dans mon service, où je lui confierai des malades; et si cette proposition lui agrée, je demanderai à la Société de chirurgie de vouloir bien désigner une commission chargée de suivre avec nous les résultats du traitement.

— La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : P. Broca.

TUMEUR FIBRO-PLASTIQUE CONSIDÉRABLE DES OS DU CRANE.

Observation recueillie et présentée à la Société de chirurgie,

Par M. le docteur Dumas.

M. S..., cinquante-neuf ans, bonne constitution, santé habituellement bonne; antécédents très-favorables. Le père est mort à soixante-douze ans à la suite de la taille sus-pubienne, et la mère à quatre-vingt-six ans à la suite d'une hémorrhagie cérébrale. Jamais la moindre affection syphilitique.

En 1837, chagrins violents causés par la mort de son père; plusieurs mois après, douleurs pulsatiles dans la fosse temporale droite; soulèvement et distension graduelle de cette partie avec sensation d'élancements violents, augmentant par intervalles d'intensité, mais pas plus la nuit que le jour. Santé générale bonne, malgré ces douleurs, facultés intellectuelles parfaites, locomotion facile.

Un an après l'apparition de cette tumeur, traitement par l'iodure de potassium à l'intérieur, frictions sur la tempe avec l'iodure de mercure, l'onguent napolitain double et l'hydriodate de potasse; boissons amères et sudorifiques, sirop de salsepareille.

Le 15 mars 1841, la tumeur avait 3 centimètres et demi à 4 centimètres de diamètre, ou le volume de la moitié d'un marron moyen aplati. Pendant près de deux ans, à la suite de ce traitement, il y eut une amélioration notable, diminution ou cessation prolongée des élancements; la tumeur cessa de faire des progrès. Après cette époque, retour des mêmes accidents. L'iodure de potassium ayant déterminé quelques nausées et la perte d'appétit, le malade en suspend l'usage, et se refuse à tout autre traitement. La peau des membres inférieurs se couvre de petites ecchymoses isolées, comme dans le scorbut; gencives saines, appétit bon, digestions faciles. Persistance ou retour des ecchymoses pendant plusieurs mois; traitement par les amers, les toniques, l'exercice et les bains frais; guérison.

Plus tard douleurs avec léger gonflement des secondes phalanges des doigts des mains près de leur articulation avec les phalangettes; flexion des doigts difficile et douloureuse. Mêmes phénomènes sur les deux rotules; gonflement douloureux de leur partie moyenne antérieure; la flexion du genou est douloureuse et presque impossible. La marche en est gênée.

Pendant l'évolution de ces divers phénomènes pathologiques, les élancements de la tempe sont plus rares et moins violents, les progrès de la tumeur paraissent plus lents ou suspendus. Plus tard, l'état général étant devenu meilleur et le volume de la tumeur augmentant, j'obtins du malade que nous réclamerions d'autres avis.

MM. Gerdy, Cloquet et Roux sont consultés; chacun d'eux considère la tumeur comme une périostose, et, malgré l'absence de toute affection syphilitique, on conseille de nouveau l'iodure de potassium, les pilules de Belloste, les frictions mercurielles locales et les sudorifiques. Ce traitement est très-incomplétement suivi. La misanthropie habituelle du malade augmente, et il se refuse à toute espèce de traitement. Pendant plusieurs années le mal est abandonné à lui-même; mais ses progrès, quoique lents, ne cessent pas. La tumeur, bornée d'abord à la fosse temporale, s'est étendue dans les parties voisines jusqu'à l'arcade orbitaire et zygomatique, et jusqu'à la racine de l'oreille et la partie moyenne du temporal, en formant une bosse arrondie, dure et un peu douloureuse au toucher.

Le 4 septembre 1849, la tumeur avait horizontalement 7 centimètres et demi d'étendue et en hauteur 6 centimètres. Jamais il n'y a eu ni fluctuation ni battements appréciables profonds; mais, l'artère temporale ayant pris un volume considérable, ses battements étaient parfaitement distincts et très-forts à la vue comme au toucher.

Le 20 décembre 1853, M. S... fait une chute sur le trottoir par un temps de glace, et se fracture l'olécrâne et le col du fémur du côté gauche. Guérison au bout de deux mois. La marche redevient facile, mais avec claudication. Pendant un an ou dix-huit mois, reprise de quelques travaux. Plus tard, la vue du côté droit s'affaiblit, l'œil paraît plus gros ou plus saillant; la mémoire devient en même temps plus faible, et la misanthropie augmente. Peu à peu la jambe droite devient plus faible et la marche plus difficile; toutefois les deux bras conservent encore la même force et la liberté de leurs mouvements; le malade n'accuse plus dans la tumeur d'élancements aussi violents, mais il se plaint d'étourdissements et de vertiges fréquents; dans sa chambre, comme au Luxembourg ou dans la rue, il fait plusieurs chutes causées par les étourdissements ou le trouble de la vue.

Dès ce moment, le malade cesse de sortir seul (dans les premiers mois de 1857), la faiblesse fait de rapides progrès; pour marcher ou se soulever sur une chaise, il a besoin d'un bras étranger. La mémoire diminue notablement; toutefois les faits anciens restent toujours présents à l'esprit, mais le jugement n'est plus aussi net. Malgré cette faiblesse de la jambe droite, les bras conservent la même force et la liberté de leurs mouvements; l'appétit est bon, les digestions faciles, les évacuations alvines régulières; mais il existe une incontinence d'urine complète. Malgré des troubles aussi graves, l'expression de la physionomie est très-bonne, le teint frais, l'embonpoint convenable, et il n'existe nulle trace à la peau de ces cachexies profondes qui font craindre une issue promptement funeste.

Tel était l'état de ce malade le 8 janvier 1858. Dans la nuit suivante il survint tout à coup une congestion cérébrale très-violente avec perte de connaissance et contracture des membres. Le lendemain matin je trouvai la figure très-rouge, le pouls vif et fréquent; l'intelligence et la sensibilité étaient complétement abolies, les deux bras fléchis sur le thorax et fortement contracturés; les deux mâchoires étaient fortement serrées, la tête était inclinée à droite et la déglutition était impossible. Douze sangsues derrière les oreilles et des sinapismes aux pieds procurèrent une amélioration notable; mais dans la soirée, les deux membres supérieurs tombèrent dans une résolution complète. La respiration devint stertoreuse et de plus en plus gênée, et le malade expira le jour suivant, 10 janvier, à 10 heures du matin, trente heures environ après l'invasion des derniers accidents.

L'ouverture du corps a été faite vingt-huit heures après la mort par M. Amblard, élève des hôpitaux, en présence de MM. Poggiale, Follin

et moi. La surface du corps ne présente de particulier que la tumeur de la tempe droite. Embonpoint convenable, roideur cadavérique légère.

La tumeur de la tempe est plus résistante et paraît formée par le tissu de l'os hypertrophié ; sa surface est lisse, arrondie, et occupe tout l'intervalle compris entre l'angle externe de l'arcade orbitaire, l'arcade zygomatique, l'insertion de l'oreille et jusqu'à la partie moyenne du temporal. Son volume égale environ la moitié d'une orange de moyenne grosseur ; bombée et arrondie par sa partie centrale, ses bords se confondent graduellement avec les parties voisines. La peau qui la recouvre est saine et conserve sa couleur naturelle.

Des incisions convenablement ménagées ayant permis d'enlever le cuir chevelu, les os du crâne sont trouvés partout parfaitement sains, excepté dans la tempe droite, où le tissu osseux présente une voussure remarquable ; le muscle temporal qui la recouvre est pâle, aminci, et comme atrophié. Le crâne a été scié horizontalement dans les deux tiers de sa circonférence, suivant une ligne commençant immédiatement au-dessus de l'arcade orbitaire droite et se prolongeant de droite à gauche jusqu'à la bosse occipitale correspondante. Un autre trait de scie perpendiculaire à celui-là et passant sur le sinciput, non loin de la ligne médiane, a permis d'enlever les deux tiers de la voûte du crâne sans changer les rapports de la fosse temporale droite avec les parties correspondantes du cerveau. La dure-mère ne présente rien de particulier.

Divisé d'avant en arrière sur le lobe droit, le cerveau est trouvé parfaitement sain, mais présentant sur sa face externe une dépression très-notable, suivant une ligne courbe, dont la concavité correspond à la fosse temporale. En écartant légèrement le cerveau de la paroi latérale du crâne, on remarque dans la fosse temporale une tumeur rouge parfaitement lisse, ayant le volume de la moitié d'une grosse orange, et couvrant par son bord inférieur presque toute la surface du rocher. Elle adhère par une base large aux parois du crâne, avec lesquelles elle paraît se confondre ; mais sa surface lisse et arrondie paraît recouverte d'une membrane séreuse qui l'isole complétement des parties voisines. La partie moyenne et postérieure du lobe antérieur, correspondant avec cette tumeur, présente une dépression notable en forme de voûte, dans laquelle celle-ci se trouve logée. Le cerveau ayant été soulevé et détaché d'avant en arrière, nous trouvons le nerf optique droit légèrement aplati et moins volumineux que celui du côté opposé ; les ventricules contiennent une grande quantité de sérosité.

Avant de détacher complétement le cerveau, nous avons examiné avec soin les rapports de la tumeur avec les parties voisines, et nous avons constaté qu'elle s'engageait profondément dans la scissure de Sylvius, en soulevant et en comprimant à la fois les deux tiers postérieurs du lobe antérieur sous lequel elle était logée, tandis que les deux tiers du lobe moyen, comprimés par la partie du lobe inférieur de la tumeur, étaient fort amincis et comme atrophiés. Malgré la couleur rouge-violacé de la tumeur, le cerveau, dans toutes les parties en contact avec elle, conservait sa couleur naturelle et était libre d'adhérences. Son tissu, qunique comprimé, aminci ou atrophié, conservait également sa texture et sa consistance naturelles. L'encéphale ayant été complétement enlevé, la fosse temporale et le rocher ont été détachés de la base du crâne par trois traits de scie, l'un passant entre le rocher et l'occipital, l'autre divisant la partie moyenne du sphénoïde et l'angle interne de l'arcade orbitaire, et le troisième passant entre le temporal et l'arcade zygomatique; la tumeur et les os auxquels elle adhérait ayant été complétement détachés, M. Follin a bien voulu procéder avec moi à leur examen.

Malgré la surface lisse et à peu près arrondie de la tumeur, on remarquait cependant à sa partie supérieure une légère voussure qui semblait formée par une petite tumeur du volume d'une noisette et qui semblait logée ou comme implantée dans la tumeur principale. Par ses bords elle se confondait intimement avec elle, mais elle en était distincte par une couleur jaunâtre et un aspect lardacé de son tissu; une autre tumeur semblable, mais plus petite, existait également à sa partie inférieure. M. Follin, les ayant examinées au microscope, les a trouvées formées de tissu fibro-plastique. Outre la tumeur placée dans la fosse temporale, il en existait une autre à peu près semblable, mais moins volumineuse, développée sur la face externe du temporal. Par sa base elle correspondait exactement à celle qui existait à sa surface interne du crâne, mais elle était bien moins volumineuse et moins rouge que cette dernière.

Pour pénétrer davantage dans la structure de cette tumeur singulière, il est indispensable de pratiquer une coupe. La pièce a été remise à M. Houel, qui s'est chargé de compléter cette étude.

Voici la note remise par M. Houel au secrétaire de la Société :

« La tumeur du crâne offre un grand intérêt, car dans cette région ces tumeurs se présentent rarement avec les caractères que l'on trouve ici, caractères qui rendent un compte parfait des symptômes observés pendant la vie, et si bien rapportés dans l'observation de M. Dumas.

Si les chirurgiens qui ont diagnostiqué pendant la vie du malade une périostose n'ont pas reconnu d'une manière exacte la nature de la tumeur, ils ont cependant vu un des côtés importants de cette lésion.

» En effet, les os ont pris une large part à la formation de la tumeur : le temporal, dans toute sa portion écailleuse, est notablement hyperostosé ; il a une épaisseur considérable ; elle varie suivant le point que l'on examine entre un et deux centimètres ; de plus le tissu osseux a acquis une densité telle qu'il est éburné, la scie ne le pénètre qu'avec difficulté. Cette hyperostose, avec éburnation, s'est étendue à la voûte orbitaire formée par la portion horizontale du frontal, qui, au lieu d'être mince comme dans l'état normal, présente au contraire sur cette pièce une épaisseur de près d'un centimètre, et offre la même densité que la portion écailleuse du temporal. Il résulte de cette disposition que la voûte orbitaire est très-affaissée, ce qui rend compte de la saillie de l'œil qui a été notée par M. Dumas dans son observation. Les autres os de la voûte du crâne sont normaux.

» Les deux faces de la portion écailleuse du temporal hyperostosée sont en outre hérissées de nombreuses stalactites osseuses, disposées en forme d'aiguilles et insérées perpendiculairement à ces faces. Ces productions osseuses de nouvelle formation se rendent dans une tumeur à peu près d'égal volume de chaque côté, aplatie et faisant relief en dehors dans la fosse temporale qu'elle remplit complétement ; en dedans, du côté du cerveau qui, à ce niveau, était déprimé et légèrement atrophié. Ces deux masses, qui se trouvent séparées par les os hypertrophiés, n'ont pas la même consistance ; celle située à l'extérieur, sous le muscle crotaphite dont les fibres sont distendues et atrophiées, est dense, peu vasculaire, contient peu de suc. La masse située à l'intérieur du crâne est au contraire plus molle, plus vasculaire, et laisse échapper un suc assez abondant. Cette tumeur interposée aux os et à la dure-mère a détruit cette membrane de telle façon qu'elle se trouve en contact direct avec l'arachnoïde avec laquelle elle n'a point contracté d'adhérence. La destruction de la dure-mère est ici une preuve qu'il ne s'agit pas d'un fongus de cette membrane.

» A la face orbitaire du coronal, immédiatement en avant du trou optique, on retrouve une petite masse du volume d'une petite noisette, qui devait comprimer légèrement le nerf, et qui est pour l'aspect identique à la tumeur crânienne ; elle devait aussi concourir avec l'hypertrophie osseuse à l'exophthalmie.

» La structure de ces tumeurs a été examinée par M. Follin, qui n'y a trouvé que des éléments fibro-plastiques. L'examen auquel je me suis

livré m'a donné le même résultat, c'est-à-dire que j'ai constaté dans les trois tumeurs l'existence d'éléments fusiformes et de noyaux fibro-plastiques, mélangés d'éléments fibroïdes en proportion variable. »

Séance du 20 *janvier* 1858.

Présidence de M. Deguise fils.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL dépose sur le bureau un mémoire sur *les Paralysies traumatiques*, question mise au concours par la Société pour 1858. Ce mémoire porte pour devise : *Les faits sont les meilleurs arguments.*

— M. Letenneur (de Nantes), membre correspondant de la Société, adresse une observation intitulée *Etat cirsoïde des artères de l'avant-bras compliqué de phlébectasie artérielle.* Ce travail sera lu dans une des prochaines séances.

Discussion sur les injections iodées dans le traitement des altérations osseuses ou articulaires, et des abcès qui en dépendent.

M. VERNEUIL. La plupart de ceux qui ont parlé jusqu'ici dans cette discussion ont fait une part trop restreinte à l'action locale de la teinture d'iode. Cette préparation est un modificateur puissant dont l'action pénètre profondément dans les tissus, même à travers des téguments intacts. Il suffit d'en badigeonner la peau qui recouvre certains abcès froids pour faire résorber le pus et refermer le foyer.

Lorsque je remplaçais M. Guersant à l'hôpital des Enfants, j'ai ainsi guéri sans ouverture un vaste abcès de la cuisse. Chaque matin j'étalais à la surface de l'abcès une couche de teinture d'iode ; au bout de trois semaines la collection était résorbée, et la guérison était parfaite. Ce fait n'est pas isolé ; on en pourrait citer beaucoup d'autres analogues. M. Richard nous parlait, dans la dernière séance, de plusieurs enfants dont les abcès par congestion ont guéri sans injection iodée dans le service de M. Bouvier ; mais il a oublié de dire que quelques-uns de ces enfants ont été traités par les applications locales de teinture d'iode sur la peau.

Je ne reviendrai pas sur ce qui a été dit relativement à la modification favorable que l'injection iodée fait subir aux parois des abcès froids; mais je dois dire qu'à mes yeux le contact direct de l'iode sur les os malades possède une efficacité bien réelle.

Il y a quelques mois, pendant que je remplaçais M. Marjolin à l'hôpital Sainte-Eugénie, j'ai traité avec le plus grand succès, par les applications de teinture d'iode, une petite fille atteinte de tumeur blanche du coude suppurée et ulcérée. L'iode, étalé chaque matin au moyen d'un pinceau tout autour de l'articulation, pénétrait dans les ouvertures et parvenait jusqu'au squelette. Une amélioration très-rapide a suivi ce traitement, et l'enfant était presque guérie lorsque M. Marjolin a repris son service.

Quelques semaines plus tard, à l'Hôtel-Dieu, le même moyen m'a donné sur un individu adulte un succès tout aussi remarquable. Il s'agissait encore d'une tumeur blanche du coude; la suppuration, déjà ancienne, avait donné lieu à la formation de plusieurs fistules au fond desquelles le stylet atteignait directement le tissu osseux. On sentait à travers les téguments une épaisse couche de fongosités articulaires. J'eus recours encore aux applications quotidiennes de teinture d'iode sur tout le pourtour de l'articulation. Déjà au bout de quatre ou cinq jours les fongosités s'étaient notablement affaissées; la peau, moins distendue, présentait des plis manifestes. Dix jours plus tard on ne sentait plus les os au fond des fistules, et après cinq semaines de traitement le malade a pu sortir guéri de l'hôpital.

Il me paraît certain que dans ces cas et dans plusieurs autres que je pourrais citer, le contact direct de l'iode sur les os malades a eu des effets très-avantageux. Sous ce rapport, par conséquent, je partage l'opinion de M. Boinet.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je viens répondre à une objection théorique qui n'est pas neuve, et qui s'est reproduite plusieurs fois pendant le cours de cette discussion. On conteste que le liquide iodé injecté dans un abcès par congestion puisse arriver au contact de la lésion osseuse. Je ne vois pas ce qui pourrait l'en empêcher. Si on ne vidait pas l'abcès avant de pratiquer l'injection, le mélange de ce liquide avec le pus pourrait, à la rigueur, être insuffisant; mais ce n'est pas ainsi qu'on procède. On retire par la ponction tout le pus qu'on peut expulser soit par la pression, soit à la faveur d'une position déclive; puis on remplace ce liquide par une solution iodée, qui pendant quelques minutes remplit presque entièrement la poche. L'iode, par conséquent, va partout où était le pus; et il doit pénétrer jusqu'à l'os, pourvu qu'on en

injecte une quantité suffisante. La pénétration de l'iode jusque sur la lésion osseuse ne peut donc pas être mise en doute lorsqu'on pousse l'injection dans un foyer clos. Restent les cas où l'abcès est fistuleux et où le liquide injecté peut refluer à l'extérieur, entre les bords de l'ouverture et la canule de la seringue ; mais il suffit alors de donner au malade une position convenable pour que la pesanteur se charge de conduire la teinture d'iode jusqu'au fond du trajet, c'est-à-dire jusque sur l'os. On dit que le trajet est quelquefois très-étroit en certains points ; mais s'il est assez large pour laisser descendre le pus, il l'est assez pour laisser remonter l'injection. Lorsque je faisais le service aux Enfants-Trouvés, j'avais un malade qui avait deux abcès par congestion ouverts, l'un dans le pli de l'aine, l'autre dans la région lombaire. Ces deux abcès venaient de la même vertèbre, et communiquaient au niveau de l'altération de l'os. Le liquide injecté dans l'une des ouvertures revenait bientôt par l'autre, et passait par conséquent sur l'os. Cette expérience est supérieure à tous les raisonnements.

M. BOINET. Je répondrai successivement aux diverses objections qui m'ont été présentées. M. Richard m'a invité à faire connaître ici les résultats que j'ai obtenus. Je viens répondre à cet appel. Voici donc le résumé de mes observations :

1° *Abcès par congestion chez un enfant, occupant l'une des fosses iliaques, et descendant au-dessous du ligament de Fallope.* — J'ai traité cet abcès par les injections iodées ; guérison. Trois ans et demi après, un autre abcès se montra dans la fosse iliaque, du côté opposé. Le malade entra en 1853 dans le service de M. Guersant ; j'ignore quel traitement on lui fit subir, mais je sais qu'il ne tarda pas à succomber.

2° *Coxalgie compliquée d'abcès et de fistules, chez un habitant de Dreux, aujourd'hui âgé de trente-cinq ans.* — L'affection était déjà fort ancienne ; elle avait commencé à l'âge de treize ans. Le malade avait été traité inutilement par plusieurs chirurgiens, notamment par Antoine Dubois et par Roux. Pendant deux ans, il avait gardé le lit, sans aucune amélioration. Roux avait considéré ce cas comme mortel. Le malade vint alors s'adresser à moi ; je le traitai par les injections iodées. Guérison complète qui ne s'est pas démentie.

3° *Abcès par congestion symptomatique d'une carie du bassin, chez un charpentier de la Villette.* — Le malade entra à la Charité dans le service de M. Velpeau, qui m'autorisa à le traiter par les injections iodées ; guérison. L'observation a été recueillie par M. Boureau, interne du service.

4° *Abcès symptomatique d'une carie du sacrum, chez une jeune fille que j'ai opérée en 1847, et qui est aujourd'hui âgée de quarante ans.*— C'était mon premier cas d'injection iodée dans le traitement des abcès par congestion. La guérison persiste toujours.

5° *Coxalgie chez un nommé Vénec*, que j'ai traité conjointement avec M. Hupier. — On avait conseillé à ce malade de ne pas se laisser opérer. Je l'ai soumis aux injections iodées; il a été guéri en huit mois. Il est mort phthisique l'année dernière, mais la coxalgie était toujours bien guérie.

6° *Homme âgé de vingt-sept ans, atteint d'abcès lombaire symptomatique d'une carie vertébrale.* — J'ai pensé que le pus venait d'une apophyse transverse. Injections iodées, guérison. Ce malade m'avait été adressé par M. Barthélemy (de Saumur), qui a assisté au traitement.

7° *Abcès par congestion chez une jeune fille.* — Injections iodées, guérison (malade suivie par M. Janin).

8° *Jeune fille de dix-sept ans. Vaste abcès par congestion venant de la colonne vertébrale, et descendant jusqu'au milieu de la cuisse.* — Injections iodées, guérison. La malade m'avait été adressée par MM. Ameuilhe et Janin. Elle est aujourd'hui mariée, mère de famille, et sa santé est excellente.

9° et 10° Deux malades, un homme et une femme, traités par moi dans le service de M. Huguier, et guéris tous les deux.

11° Homme traité par moi dans le service de M. Huguier. Peu de temps après le début du traitement, ce malade s'ennuya à l'hôpital et exigea sa sortie. Je ne sais ce qu'il est devenu.

12° *Enfant de quatorze ans. Gibbosité lombaire considérable occupant trois ou quatre vertèbres; trois abcès par congestion, l'un dans la fosse iliaque droite, les deux autres dans la région lombaire.* — J'ai traité ces trois abcès par les injections iodées, guérison complète, sauf la gibbosité, qui persiste. MM. Real et Gaston Dumont, qui m'avaient adressé cet enfant, ont été témoins de la cure.

13° *Deux abcès par congestion venant de la colonne vertébrale*, chez une jeune fille de Saint-Germain, que j'ai traitée avec M. Lamare. — Injections iodées dans les deux abcès, guérison.

14° *Abcès du dos symptomatique d'une carie vertébrale*, sur un malade qui m'a été adressé par MM. Delaunay et Bonvallet. — Injections iodées. Le malade est aujourd'hui presque guéri, mais il reste encore plusieurs trajets fistuleux, qui fournissent peu de pus.

A ces faits, qui sont tirés de ma pratique, j'en puis ajouter trois autres, qui m'ont été communiqués par M. Leclerc (de Saint-Germain).

MM. Notta, Philippeaux et Thierry ont publié des succès analogues; on en trouve d'autres dans les *Annales de médecine de Gand* et dans le *Moniteur des hôpitaux*.

Telle est la réponse que je puis faire à la demande de M. Richard. Notre collègue pense que j'ai dû avoir plus de revers que de succès. Je suis heureux de pouvoir lui dire que sa supposition est inexacte, car je n'ai perdu qu'un petit nombre de malades. On m'a opposé deux faits qui se sont passés à l'hôpital Beaujon, et qu'on a interprétés d'une manière défavorable. Je dois les rétablir. Il s'agit de deux malades du service de M. Robert. L'un d'eux avait un abcès par congestion; je lui fis deux injections iodées. Un jour, il demanda une permission de sortir qui lui fut accordée; il commit sans doute quelque imprudence, car il rentra bientôt avec une pleurésie dont il mourut. Cette mort est en quelque sorte accidentelle. L'autre malade avait également un abcès par congestion de la fosse iliaque et du pli de l'aine. Il fut d'abord admis à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Bazin, qui m'invita à diriger le traitement. J'eus recours aux injections iodées; le résultat fut des plus favorables; au bout d'environ trois mois, il ne restait qu'une petite fistule, et je cessai dès lors de faire des injections.

La guérison de ce malade me paraissait assurée, lorsqu'il commit un acte d'insubordination qui le fit chasser de l'hôpital 171 jours après son entrée, et 68 jours après la dernière injection. Il alla alors se faire recevoir à l'hôpital Beaujon; il passa plus de deux mois dans le service de M. Barth, qui ne fit aucun traitement local. Renvoyé au bout de ce temps et n'ayant pas d'asile, il alla trois jours de suite au bureau central, et obtint enfin un billet pour le service de M. Robert. Là, on constata, le jour de son entrée, qu'il existait dans la région inguinale, autour de la fistule, des plaques gangréneuses. Je ne sais ce que ce malade est devenu ensuite.

On m'a objecté ce fait comme un exemple d'accidents gangréneux déterminés par le contact de l'iode, accusation bien légère, car lorsque la gangrène s'est manifestée, il y avait plus de quatre mois et demi qu'on n'avait fait chez cet homme aucune application d'iode.

Je répondrai maintenant à une autre objection. Suivant M. Giraldès, l'injection iodée n'est qu'un adjuvant. Je suis de son avis, mais j'ajoute que c'est le meilleur des adjuvants et que ce moyen local, combiné à un traitement général tonique, constitue la meilleure des méthodes connues, c'est-à-dire celle qui donne le plus de guérisons.

M. Guersant a dit avec raison qu'à l'approche de la puberté la constitution de beaucoup de scrofuleux s'améliore. Mais il s'est mépris en

attribuant à cette cause les guérisons que j'attribue à l'emploi des injections iodées. Je lui ferai remarquer d'abord que les trois quarts de mes succès ont été obtenus sur des sujets âgés de plus de vingt ans. Je crois, en outre, qu'il n'a pas tenu compte de toutes les conditions qui concourent à rendre les guérisons d'abcès par congestion plus fréquentes chez les sujets âgés de quatorze à quinze ans, qu'elles ne le sont sur les enfants plus jeunes; ceux-ci gardent plus exactement le repos auquel on les condamne; tandis que ceux-là sont moins obéissants, et quoi qu'on fasse, ils quittent souvent leur lit. Pour le dire à ce propos, on a grand tort de croire que les malades atteints d'abcès par congestion symptomatique d'une altération de la colonne vertébrale doivent rester constamment au lit. Il faut au contraire les faire lever et leur faire prendre un peu d'exercice, sans cela la constitution se détériore de plus en plus. Le traitement en effet est fort long, il dure des mois et des années. Deux ans de séjour au lit, c'est toujours grave, surtout dans les hôpitaux. J'insiste donc sur la nécessité de faire prendre aux malades de l'exercice, et même de l'exercice en plein air.

On m'a souvent objecté que l'iode poussé dans les abcès par congestion ne pénètre pas jusque sur les os. Cette objection m'étonne beaucoup. M. Morel l'a réfutée tout à l'heure; je me rallie à tout ce qu'il a dit. On a prétendu encore que la teinture d'iode coagule le pus, et que lorsque le trajet est étroit, lo coagulum peut être assez volumineux pour former un bouchon qui arrête l'injection. C'est de la théorie pure, et personne n'a fourni la moindre preuve. L'expérience prouve au contraire que, sur le cadavre, l'iode injecté soit dans les abcès, soit dans les trajets fistuleux, arrive jusque sur l'os. Sur le vivant la constatation est encore possible dans certains cas, lorsque, par exemple, il existe plusieurs fistules, comme chez le malade de M. Morel-Lavallée, et que l'injection poussée par l'une des ouvertures revient par toutes les autres, en passant par l'os altéré. Je crois donc que cette objection est suffisamment réfutée.

Je remercie M. Broca de l'appui qu'il m'a prêté. Quoiqu'il interprète autrement que moi l'action des injections iodées, il en admet l'efficacité. Il la prouve par des faits qui lui sont propres; c'est là le point essentiel. Il y a toutefois dans son argumentation quelque chose qui mérite une réponse. « Je comprends, dit-il, l'action de l'iode sur les parois des abcès par congestion, mais je ne comprends pas que ce médicament » puisse agir sur le tissu osseux. » J'avoue que je ne me rends pas bien compte de cette distinction. La teinture d'iode, appliquée sur la peau trois jours de suite, fait tomber l'épiderme et détermine même parfois

un suintement de sang, et vous ne voulez pas qu'une substance aussi active puisse modifier l'état des tissus osseux? D'ailleurs, lorsqu'on agit sur des os superficiels, on voit que le contact de l'iode active la vitalité des os, les déterge et les fait cicatriser. Pareille chose doit donc se passer sur les os plus profonds qui entretiennent des abcès par congestion.

Il y a quelques années, lorsqu'on a discuté ici la question qui nous occupe aujourd'hui, on a émis des craintes sur la gravité des accidents qui devaient, disait-on, se produire à la suite des injections iodées. Je vois avec plaisir que ces craintes sont dissipées aujourd'hui. M. Marjolin lui-même vous a dit qu'il a fait beaucoup d'injections, et qu'il n'a eu aucun accident sérieux. Je ne connais qu'un seul cas où l'injection iodée ait été suivie de phénomènes graves qu'on a attribués à un empoisonnement par l'iode. Le cas appartient à M. Nélaton, et j'avoue que je me demande si c'est bien l'iode qui a été la cause des accidents et si ceux-ci ne dépendaient pas de quelque autre circonstance inconnue. En effet, j'ai fait des injections iodées par centaines: je n'ai jamais vu rien de pareil; j'ai laissé bien souvent plus de 150 grammes de teinture d'iode à demeure dans les abcès; c'est par milliers peut-être qu'on compte les cas où des opérations analogues ou semblables ont été faites par d'autres chirurgiens, et le cas de M. Nélaton est jusque ici le seul où l'on ait cru assister à des phénomènes d'intoxication par l'iode.

Il ne faut pas confondre, en effet, avec cette prétendue intoxication, cette espèce d'ivresse qui porte le nom d'*iodisme*, qui se manifeste quelquefois au bout de dix à quinze heures chez les individus soumis à l'injection iodée, et qui se dissipe toujours spontanément après avoir duré quelques heures. Un goût d'iode dans la bouche, un peu de ptyalisme et un certain malaise, voilà tout ce que j'ai observé, et ces légers symptômes n'ont jamais duré plus d'un jour.

M. VERNEUIL. Puisque M. Boinet vient de parler des accidents attribués aux injections d'iode, je prierai M. Chassaignac de nous donner quelques explications sur ceux qu'il a observés. Un de ses élèves m'a présenté dans le temps le fémur d'un individu qui avait succombé promptement à la suite d'une seule injection poussée dans un abcès froid de la cuisse. C'est peut-être ce fait qui a laissé à M. Chassaignac une impression défavorable.

M. CHASSAIGNAC. Je ne me souviens pas de ce fait. J'ai une fois perdu un malade qui avait dans la cuisse un énorme foyer purulent largement ouvert; j'avais badigeonné avec de la teinture d'iode l'intérieur de cet abcès, mais ce n'est pas à cette application locale que j'ai cru devoir attribuer la mort, dont l'étendue et la nature de l'abcès don-

naient une explication suffisante. Quand j'ai parlé d'accidents d'une gravité prochaine observés à la suite des injections iodées dans les abcès par congestion, je voulais parler de l'inflammation de la poche qui s'observe quelquefois et de l'infection putride qui se manifeste souvent après deux ou trois injections. C'est à cause de cela que maintenant, chez les malades de l'hôpital, je n'ose plus traiter les abcès par congestion par les injections iodées.

M. MARJOLIN. Je me félicite d'avoir soulevé cette discussion et d'avoir entendu les explications de M. Boinet. Mais je dois dire que, malgré les nombreux succès invoqués par notre collègue, je ne suis pas encore convaincu. Les abcès symptomatiques des lésions du squelette sont tellement communs, et la méthode des injections iodées est tellement répandue, que M. Boinet aurait certainement trouvé ici plus d'appui qu'il n'en a trouvé, si cette méthode était aussi bonne qu'il le croit.

Personne, je pense, ne conteste l'efficacité de l'iode contre certains accidents produits par la suppuration; mais les applications iodées font-elles guérir la carie et les autres altérations du tissu osseux? Voilà la question que j'ai posée devant la Société, et à laquelle je crois pouvoir encore répondre par la négative.

J'ai appliqué la teinture d'iode sur les caries de la main. Je l'ai fait avec beaucoup de persévérance; je n'ai pu obtenir aucune guérison. Quelquefois j'ai ainsi provoqué des exfoliations, mais au-dessous des lamelles éliminées la carie continuait comme auparavant.

Lorsque je considère que dans des cas analogues, sans avoir recours à l'iode, j'ai réussi par d'autres moyens, tels que les bains sulfureux, je suis conduit à nier l'efficacité de la méthode que préconise M. Boinet.

Notre collègue insiste sur la nécessité de faire lever et marcher les individus atteints d'abcès par congestion suite de carie vertébrale; mais cela est souvent tout à fait impossible. On sait d'ailleurs que l'immobilité donne quelquefois de très-bons résultats. M. Bonnet (de Lyon) prescrit précisément de tenir couchés sur le ventre les malades chez lesquels la colonne vertébrale cariée ou tuberculeuse présente un commencement de gibbosité. Cette méthode lui a bien réussi. Je l'ai plusieurs fois mise en usage, et je m'en suis bien trouvé.

M. Boinet continue à se montrer peu satisfait de l'hygiène des hôpitaux, et il considère le séjour prolongé dans les salles comme une condition très-fâcheuse. Cela est vrai en partie; mais je dois lui dire qu'à la belle saison, je fais habituellement transporter en plein air les

petits malades avec leurs lits, et je les y laisse chaque jour pendant plusieurs heures.

M. Marjolin ajoute qu'il conserve ses premiers doutes sur la pénétration de l'injection iodée jusque sur la surface des os altérés. Pour que l'iode allât jusque-là , il faudrait en injecter une quantité énorme lorsque l'abcès est volumineux, et ce ne serait pas sans inconvénient. Il termine en invitant de nouveau M. Boinet à venir traiter des malades dans son service.

M. FORGET. M. Marjolin n'ayant eu que des insuccès, il en accuse l'impuissance des injections iodées; mais peut-être n'a-t-il pas fait tout ce qu'il fallait pour arriver à la guérison. Il nous a dit qu'il ouvrait les abcès le plus tard possible, suivant le précepte de Boyer. Ce précepte était bon à une autre époque , mais on doit l'abandonner maintenant que la méthode des injections a démontré la curabilité des abcès par congestion. Plus le foyer est vaste, et plus il est difficile à guérir. Il faut donc agir de bonne heure au lieu d'attendre le dernier moment.

M. Boinet nous a cité beaucoup de succès; mais je voudrais qu'il établît des catégories, et, par exemple , qu'il nous donnât spécialement le relevé des guérisons qu'il a obtenues dans les cas d'abcès par congestion venus d'une lésion de la colonne vertébrale. Quant à moi, je suis partisan des injections iodées, et je leur attribue plusieurs succès que j'ai obtenus, entre autres le suivant, qui est fort remarquable.

Il s'agissait d'un enfant atteint d'un abcès par congestion qui pouvait passer pour un type du genre. Il y avait des fourmillements dans les membres inférieurs, et quelques autres phénomènes dépendant d'un léger degré de méningite rachidienne. Il y avait une gibbosité lombaire très-apparente; nous avons trouvé dans le pus de petits séquestres; jamais par conséquent le diagnostic ne fut plus certain. M. Robert avait vu ce pauvre enfant, et l'avait considéré comme voué à la mort. Je l'ai opéré en présence de M. Piorry. Je fis d'abord une ponction avec le trocart; mais le pus renfermait des grumeaux qui obstruaient la canule, et je dus me résoudre à faire une ouverture au bistouri. J'ai poussé ensuite dans cette ouverture des injections multipliées. Chaque jour on analysait le pus, et dès que ce liquide cessait de donner les réactions de l'iode, on poussait une nouvelle injection. L'enfant a été envoyé à la campagne; il a pris une grande quantité d'huile de foie de morue , de phosphate de chaux et d'iodure de potassium. Finalement il a guéri, mais il est resté gibbeux. Le traitement a duré deux ans et demi. L'iode dans ce cas arrivait-il jusque sur les os ma-

lades? Je n'en sais rien; ce que je sais, c'est que l'enlant a été guéri.

Voici un fait d'un autre genre, mais tout aussi encourageant : Une jeune fille était atteinte depuis environ cinq ans d'une scapulalgie suppurée avec un grand nombre de trajets fistuleux autour de l'épaule. Le stylet rencontrait partout des os malades; la tête de l'humérus, l'omoplate, la clavicule, la première côte étaient cariées à la fois. Le foyer était énorme, et une sonde en gomme élastique y disparaissait entièrement. La jeune fille n'avait pas eu ses règles depuis vingt-cinq mois; la santé générale était fort délabrée, et notre collègue M. Michon porta le pronostic le plus fâcheux. Eh bien, grâce à des injections iodées répétées presque chaque jour, cette malade est aujourd'hui parfaitement guérie. La tête de l'humérus s'est séparée, et j'ai dû en faire l'extraction. Quelle a été ici l'action de l'iode? Il a séché le foyer, diminué la suppuration, empêché les accidents de putridité. Je ne prétends pas qu'il ait fait cicatriser les os, j'attribue cet heureux résultat au traitement général; mais je suis convaincu que sans les injections iodées cette jeune fille serait morte depuis longtemps.

Parmi les arguments qu'on a fait valoir pour prouver que l'iode n'arrive pas jusque sur les os, il en est un que je crois devoir réfuter. On a dit que l'iode faisait coaguler le pus, et formait ainsi des bouchons solides qui oblitéraient en certains points les trajets fistuleux. Mais cet inconvénient est propre à la teinture alcoolique, et il n'existe plus lorsqu'on choisit de préférence, comme je le fais toujours, la solution aqueuse d'iode.

(La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Enchondrome du doigt. — M. VOILLEMIER présente une tumeur qu'il croit être de la nature des enchondromes. Elle avait pour siége la face interne du doigt médius d'un cocher âgé de quarante ans. Cet homme raconte qu'il l'avait dès l'âge de douze ans, qu'elle augmentait très-lentement. Arrivée à la grosseur d'une noisette, elle resta stationnaire. C'est seulement depuis deux ans qu'elle a pris le développement qu'elle a aujourd'hui : elle est du volume d'une grosse noix. Cette tumeur n'était pas adhérente à la peau; mais elle paraissait l'être aux parties profondes. Pourtant il a été assez facile de la détacher du périoste, sur lequel elle reposait, sans mettre l'os à nu ni ouvrir l'articulation de la première phalange avec la seconde. Elle a tout à fait la forme d'un petit cerveau, légèrement concave à sa face profonde, convexe

dans sa partie libre. Sur cette convexité, sont des circonvolutions assez profondes pour permettre de séparer en partie ses différents lobes. Elle est ferme, élastique, d'une couleur opaline, presque transparente dans certains points. Dans d'autres, elle est d'un blanc mat comme du cartilage. A sa partie postérieure, il y a un petit prolongement dur, inégal, formé par la substance calcaire. A tous ces caractères, M. Voillemier pense reconnaître un enchondrome. La pièce est remise à M. Broca, qui veut bien se charger d'en faire l'examen microscopique.

(Dans la séance suivante, à l'occasion du procès-verbal, M. Broca a communiqué les résultats de l'examen microscopique. La tumeur est constituée par du tissu cartilagineux à peu près pur, et les parties calcaires sont des ossifications véritables.)

— La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire, P. Broca.

Séance du 27 janvier 1858.

Présidence de M. Deguise fils.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur du gland. — M. Forget présente un malade chez lequel une tumeur s'est développée dans l'épaisseur du gland. Cette tumeur, dont le volume égale celui d'une grosse noisette, présente une forme globuleuse, assez régulièrement sphérique; elle est située dans l'épaisseur du tissu du gland, en avant du conduit urétral, dont elle refoule la paroi antérieure en faisant légèrement saillie vers la fosse naviculaire, de telle sorte qu'elle gêne quelque peu l'excrétion des urines. Elle est dure, rénitente et indolente. La muqueuse du gland et celle de l'urètre sont d'ailleurs simplement soulevées, et ne sont le siége d'aucune altération. Les ganglions inguinaux ne présentent aucune trace d'engorgement.

Le malade a eu il y a cinq ans et demi un chancre suivi d'infection constitutionnelle et d'accidents secondaires, qui ont cédé à un traitement régulier. Il n'a jamais eu d'accidents tertiaires d'aucune sorte. La tumeur s'est montrée il y a un peu plus de deux ans. Elle était alors

peu volumineuse, et est restée longtemps stationnaire ; mais depuis quelques mois elle prend de l'accroissement.

M. Forget est porté à croire que la syphilis n'est point la cause de cette tumeur. Il penserait plutôt qu'il s'agit d'une production accidentelle de la nature des cancroïdes. Toutefois, avant de proposer une opération, il est disposé à essayer le traitement des accidents tertiaires de la syphilis.

M. BOINET trouve que la tumeur ressemble beaucoup à une gomme syphilitique, tout en reconnaissant que le gland est un siége fort insolite pour une tumeur de cette nature.

M. HUGUIER partage l'opinion de M. Boinet. Il trouve quelque ressemblance entre les caractères de cette tumeur et ceux que présentent les corps fibreux interstitiels développés dans l'épaisseur du col de l'utérus ; mais le diagnostic d'une gomme syphilitique lui paraît beaucoup plus probable.

M. FORGET demande à M. Broca s'il a vu des cancroïdes de la verge débuter ainsi.

M. BROCA répond que non.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

Fractures du col du fémur. — A l'occasion du procès-verbal, M. HOUEL montre de nouveau les pièces présentées par M. Dumas dans l'avant-dernière séance. Après avoir insisté sur l'état des os du crâne, il donne la note suivante sur la fracture extra-capsulaire du col du fémur, dont l'existence avait d'abord paru douteuse, mais dont une coupe verticale a démontré la réalité.

« La pièce de fracture du col du fémur offre aussi un grand intérêt et une certaine difficulté même pour la détermination du siége de la solution de continuité. Le col est raccourci, il n'a guère qu'un centimètre de longueur ; il est abaissé au-dessous du sommet du grand trochanter. Sur cette pièce, il existe, à l'union de la tête fémorale avec le col, une lamelle osseuse formée de tissu compacte, obliquement dirigée de bas en haut et de dehors en dedans, qui pourrait être prise pour un cal, et ferait croire à l'existence d'une fracture intra-capsulaire consolidée ; mais l'examen d'un assez grand nombre de pièces déposées dans le musée Dupuytren m'a démontré que cette disposition s'observait normalement sur cet os chez les individus avancés en âge.

» Prévenu de cette disposition, j'ai recherché avec soin la trace de la fracture qui est mentionnée dans l'observation de M. Dumas, et je n'ai pas tardé à me convaincre qu'elle était *extra-capsulaire*, que le col avait

pénétré, comme cela a lieu le plus souvent, dans le grand trochante qu'il a fait éclater. En effet, en examinant la face externe de cette saillie osseuse, on la trouve déformée, aplatie, inégale et élargie, et même comme on peut le voir sur cette pièce, on peut encore suivre dans le tissu spongieux du grand trochanter la trace du cal, qui est en grande partie effacée, comme cela s'observe dans le tissu spongieux des os. »

M. GOSSELIN pense comme M. Houel, que la disposition du tissu osseux sur la coupe du col fémoral suffit pour établir l'existence d'une ancienne fracture extra–capsulaire parfaitement consolidée; pourtant si on s'était borné à examiner la conformation extérieure de l'os, et si on n'avait pas connu les antécédents du sujet, on aurait presque certainement méconnu la fracture, parce qu'il se produit très-souvent sur le col du fémur, par les progrès de l'âge, des déformations tout à fait semblables à celle qui existe sur la pièce actuelle. Un trait de scie ne suffit même pas toujours pour lever tous les doutes des personnes qui n'ont pas approfondi la question.

Ce fait, continue M. Gosselin, renferme un enseignement qui ne doit pas être perdu. On a longtemps discuté, et on discute encore, sur la fréquence relative des fractures intra-capsulaires et des fractures extra-capsulaires. Si on ne consultait que le relevé des autopsies publiées, ou des pièces déposées dans les musées, on trouverait certainement que les fractures intra-capsulaires sont les plus communes. Ce serait cependant une erreur. Les fractures intra-capsulaires laissent après elles des lésions qu'il est impossible de méconnaître; tandis que beaucoup de fractures extra-capsulaires consolidées échappent à l'attention des anatomo-pathologistes. Depuis que M. Gosselin tient compte de cette particularité, et qu'il examine plus complétement les lésions et les déformations du col du fémur, il a trouvé, contrairement aux relevés numériques, que les fractures extra-capsulaires sont beaucoup plus communes que les autres.

M. HOUEL ne partage pas l'opinion de son collègue. Il n'a pas seulement consulté les pièces du musée Dupuytren. Il a suivi exactement les séances de la Société anatomique, et la prédominance des fractures intra-capsulaires lui paraît parfaitement établie.

Quant aux nombreuses pièces déposées dans le musée, M. Gosselin a tort de n'en pas faire plus de cas. Il s'est laissé influencer sans doute par une assertion inexacte de M. Nélaton. Ce professeur a avancé que la plupart des fractures du col du fémur qui existent dans les collections de la Faculté provenaient de l'époque où Dupuytren et A. Cooper discutaient sur la possibilité de la consolidation des fractu-

res intra-capsulaires. S'il en était ainsi, on comprendrait qu'on eût choisi de préférence les pièces de fractures intra-capsulaires. Mais il se trouve précisément que presque toutes les pièces du musée sont postérieures à l'époque de Dupuytren.

M. GOSSELIN fait remarquer que M. Houel n'a point répondu à son objection. On ne dépose dans le musée et on ne présente à la Société anatomique, sous le titre de fractures du col du fémur, que les pièces sur lesquelles l'existence d'une fracture a été constatée. Or la plupart des fractures extra-capsulaires consolidées sont méconnues à l'autopsie et ne peuvent dès lors figurer ni dans les musées ni dans les bulletins de la Société anatomique.

M. RICHARD rappelle que les fractures extra-capsulaires offrent à peu près constamment la même disposition; l'os se trouve divisé en trois fragments, et le col pénètre dans le grand trochanter. Cette pénétration favorise beaucoup la consolidation, mais rend quelquefois le diagnostic difficile.

M. HOUEL déclare à son tour qu'il n'a pas vu un seul exemple de fracture extra-capsulaire sans pénétration du col dans le grand trochanter. Cette pénétration est habituellement directe, comme cela a eu lieu sur la pièce de M. Dumas; mais quand la fracture est oblique, la pénétration n'a lieu qu'en arrière et les fragments se trouvent écartés à leur partie antérieure. M. Laugier, qui a indiqué cette disposition, en a tiré parti pour le diagnostic.

M. CLOQUET rappelle qu'il y a plus de quarante ans, de 1814 à 1817, il a déposé dans les collections de la Faculté plus de trente pièces sur lesquelles on peut étudier les diverses variétés de fracture du col du fémur. Il a insisté à cette époque sur le phénomène de la pénétration, qui était alors peu connu, sur l'exagération de volume du grand trochanter, qui permet de reconnaître cette pénétration pendant la vie, et sur le travail de consolidation qui donne lieu à une sorte d'hypertrophie de l'os. La pénétration présente d'ailleurs plusieurs variétés, mais elle n'existe pas dans toutes les fractures extra-capsulaires. Au reste, les observations de M. Cloquet ne s'accordent pas avec l'opinion de M. Gosselin; car les fractures intra-capsulaires se sont toujours montrées à lui bien plus souvent que les autres.

M. HUGUIER pense que cette question de fréquence relative n'a pas l'importance qu'on lui donne. Les fractures intra-capsulaires sont aussi rares que les fractures extra-capsulaires. Presque toutes les fractures sont à la fois intra et extra-capsulaires. Cela tient à la disposition de la

capsule fibreuse qui s'insère obliquement autour du col du fémur, et qui descend beaucoup plus bas en avant qu'en arrière. Ces fractures mixtes se consolident rarement. Presque toujours c'est une substance fibreuse qui se produit à la place du cal, non-seulement entre les fragments, mais encore autour d'eux, en formant une capsule accidentelle qui au bout de quelques mois simule la capsule normale. C'est pour cela qu'à l'autopsie on croit que la fracture est intra-capsulaire, tandis qu'elle est mixte en réalité. Ces faits, qui sont les plus communs de tous, ont fait admettre à tort la prédominance des fractures intra-capsulaires.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les ouvrages suivants :

De la saignée dans la grossesse, par M. le docteur Silbert (d'Aix).

De l'irrigation continue appliquée au traitement de l'ophthalmie, par M. le docteur Chandelux.

Des paralysies des membres inférieurs, par M. le docteur R. Leroy d'Étiolles.

Études sur la gravelle, du même.

— M. LARREY offre à la Société un livre de M. le docteur Goffres, médecin principal de l'armée, ancien professeur de chirurgie dans les hôpitaux militaires d'instruction. Cet ouvrage, intitulé *Précis iconographique des bandages, pansements et appareils,* est accompagné d'un grand nombre de planches fort bien dessinées d'après nature ; il a coûté beaucoup de temps et de travail à l'auteur, qui a exposé, analysé avec soin tout ce que l'histoire et les progrès de la chirurgie offrent d'utile sur l'application des bandages et appareils.

M. Larrey fait hommage à la Société de l'atlas du *Traité des fractures et des luxations*, par M. Malgaigne ; de l'atlas supplémentaire des hernies, par Scarpa ; de la planche du nerf grand sympathique, par M. Manec, et d'une planche sur la fracture du col du fémur, par M. Brulatour.

— L'ordre du jour appelle le scrutin pour la nomination des commissions chargées des rapports sur les prix de 1857.

Sont nommés commissaires pour le prix de la Société : MM. Lenoir, Richet et Larrey.

Sont nommés commissaires pour le prix Duval : MM. Cullerier, Giraldès, Verneuil, Houel et Gosselin.

Discussion sur les injections iodées dans le traitement des altérations osseuses ou articulaires et des abcès qui en dépendent. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce que la Société a reçu une lettre de M. Abeille sur le traitement des abcès symptomatiques par les injections iodées. L'auteur admet l'action favorable de ces injections sur les parois des abcès et sur la suppuration, mais il pense qu'elles n'ont aucune action sur les lésions osseuses. Il joint à sa lettre deux mémoires qu'il a publiés, l'un en 1849, l'autre en 1853. Dans le premier mémoire il a établi que les injections iodées modifient la sécrétion de l'abcès d'une manière avantageuse, et qu'elles hâtent l'oblitération de la poche, lorsqu'une fois la lésion osseuse est guérie; mais que c'est là toute leur action, et qu'elles ne modifient en rien l'état local des os malades.

Dans le second mémoire, M. Abeille montre que dans les abcès migrateurs la teinture d'iode ne peut arriver jusque sur la lésion de l'os, et que dans les abcès sur place, où la teinture d'iode peut être à volonté appliquée sur le tissu osseux altéré, les résultats de cette application sont entièrement nuls. L'auteur, analysant ensuite les faits connus, trouve que, sur treize cas d'abcès migrateurs traités par l'injection iodée, il y a eu cinq guérisons, résultat manifestement supérieur à ceux des autres méthodes.

M. BROCA. M. Boinet a paru croire que j'avais été conduit par des raisons purement théoriques à admettre l'action de la teinture d'iode sur les parties molles, et à nier l'action directe de ce médicament sur le tissu osseux. Je suis donc obligé de répéter que mon opinion n'est nullement théorique, qu'elle est l'expression pure et simple de mes observations cliniques. Dans les caries superficielles et sans complication d'abcès, l'application de la teinture d'iode sur les os malades m'a toujours paru entièrement privée d'efficacité. Lorsque, au contraire, la carie est plus profonde et qu'elle s'accompagne d'abcès par congestion, l'injection iodée m'a paru des plus avantageuses. J'en ai conclu que dans ce dernier cas le contact de l'iode exerçait une action favorable sur les parois de l'abcès et non sur le tissu de l'os altéré.

M. MARJOLIN. Les faits que M. Verneuil a cités dans la dernière séance sont relatifs à l'application de l'iode par la méthode endermique et ne rentrent pas dans la question qui nous occupe, car il ne s'agit ici que de savoir si l'iode appliqué directement sur le tissu osseux guérit les maladies de ce tissu. Je puis dire au surplus à M. Verneuil que la petite malade dont il nous a parlé est encore dans mon service, et qu'elle n'est pas guérie de sa carie du coude.

M. Forget a cru que je n'opérais les abcès par congestion qu'à leur période la plus avancée et pour ainsi dire *in extremis*. Il est certain que, quand l'abcès est au début, je me garde bien d'y toucher, parce que je préfère courir les chances de la résorption spontanée. Mais je n'attends pas pour cela que l'abcès soit énorme et que la peau soit amincie. Au surplus, nous sommes obligés de recevoir dans les hôpitaux les malades tels qu'on nous les présente. Quelquefois effectivement l'abcès est sur le point de se rompre ; j'ai plusieurs fois eu recours à l'injection iodée dans ces cas désespérés, en vertu de l'aphorisme : *Melius anceps quam nullum*. Mais, lorsque les malades se présentent à moi avant cette période extrême, je n'attends pas qu'ils y soient parvenus pour les opérer.

Je soumettrai maintenant à M. Boinet une dernière remarque : les injections iodées, appliquées au traitement des kystes, des hydropisies, des épanchements dans les cavités séreuses, sont entrées dans la pratique et sont acceptées par la plupart des chirurgiens. Le même moyen, appliqué au traitement des abcès par congestion, est au contraire l'objot de contestations nombreuses, ainsi que le prouve la discussion actuelle. D'où vient cette différence, si ce n'est de la différence des résultats obtenus ?

M. GIRALDÈS. Quelques-uns de nos collègues ont paru croire quo nous n'acceptions pas l'efficacité de l'iode, et ils ont eu dès lors beau jeu pour nous répondre. Mais personne n'a songé à émettre une pareille négation. On sait, depuis les importants travaux de Lugol, que l'iode, administré sous toutes les formes, à l'intérieur comme à l'extérieur, donne des résultats avantageux dans les affections qui dépendent d'une cause scrofuleuse. Mais M. Boinet a donné dans une exagération. Il a voulu faire de l'injection iodée la méthode générale du traitement des abcès par congestion, et c'est cela qu'on lui conteste. Je répète quo l'injection iodée en pareil cas n'est qu'un adjuvant. Il est indiqué d'y avoir recours quelquefois, mais non toujours. C'est une ressource précieuse dans certains cas, mais on peut souvent s'en passer. En un mot, ce n'est pas une méthode générale.

Les préceptes trop absolus émis par M. Boinet pourraient conduire à une pratique dangereuse. Les belles recherches de M. Bouvier ont démontré que de grands abcès par congestion venus de la colonne vertébrale et ayant déjà gagné le pli de l'aine peuvent guérir par résorption à la faveur d'un traitement interne. En présence de pareils faits, on est bien obligé de reconnaître que l'injection iodée n'est pas le *sine qua non* de la guérison. Qui sait si les mêmes malades traités par l'injection

n'auraient pas succombé ? Ces faits, en tout cas, prouvent que le traitement interne est bien plus important que le traitement chirurgical.

M. Boinet a cité des succès, obtenus même dans certains cas sur des malades que d'autres chirurgiens avaient considérés comme perdus. Mais il sait bien que dans cette affection il y a souvent avantage à être consulté le dernier, c'est-à-dire longtemps après le début de la maladie, lorsque la constitution du malade a résisté à des accidents formidables, lorsque le mal a en quelque sorte jeté son feu, et qu'il ne reste plus qu'une lésion locale.

M. Boinet nous dit que l'injection iodée modifie, momifie les parois de l'abcès, qu'elle rend impossibles l'infection putride et les autres accidents produits par le contact de l'air. C'est son principe, mais ce principe malheureusement n'est pas confirmé par l'observation. Nous avons tous vu des accidents de putridité se manifester dans des abcès par congestion malgré l'injection iodée. Nous avons même vu, chose plus grave peut-être, l'injection provoquer l'inflammation de la poche purulente. Ce sont des accidents de ce genre qui ont forcé M. Chassaignac à renoncer à la méthode. Il nous l'a dit lui-même. M. Boinet, en présence de ces résultats fâcheux, se rejette sur une question secondaire. Il accuse l'influence funeste du séjour a l'hôpital, comme si ceux qui lui font ces objections n'avaient vu de malades qu'à l'hôpital. Mais on voit guérir des caries vertébrales et des tumeurs blanches dans les hôpitaux les moins favorisés sous le rapport de l'hygiène. L'hôpital des Enfants trouvés est de ce nombre, et pourtant j'y soigne actuellement une jeune fille qui est presque guérie, et qui avait à la fois une tumeur blanche du genou et une carie de la colonne vertébrale. Il lui reste encore quelques fistules, mais la suppuration est peu abondante, et la guérison est presque assurée. Je puis citer encore un enfant de quatre ans que j'ai traité dans le même hôpital, et chez lequel des caries tuberculeuses du coude et du cou-de-pied étaient presque entièrement guéries, lorsque les parents du petit malade vinrent le retirer de l'hospice.

Ce que M. Boinet a dit de l'influence nosocomiale est donc empreint d'exagération, comme ce qu'il a dit du rôle des injections iodées, lorsqu'il a fait une question de principe et de méthode générale de ce qui n'est qu'une question d'indication.

M. FORGET. Ce n'est pas moi qui ai accusé M. Marjolin d'opérer les abcès par congestion *in extremis*. Il s'en est accusé lui-même ; je m'en rapporte à ses propres paroles consignées dans le procès-verbal

de la séance du 6 janvier. Les explications qu'il vient de nous donner ne s'accordent pas avec ce qu'il a dit ce jour-là.

M. Giraldès reproche à M. Boinet d'exagérer l'influence nosocomiale. Je lui ferai remarquer que l'administration des hôpitaux n'est pas de son avis, puisqu'elle a établi à Forges-les-Bains un hôpital de 300 lits pour les scrofuleux des hôpitaux de Paris.

Pour ma part, j'ai vu des enfants atteints d'altérations osseuses graves, profondes, articulaires, vertébrales, avec fusées purulentes et décollement, revenir parfaitement guéris après avoir séjourné à Forges pendant deux ou trois ans.

Je me demande quels sont les accidents dont M. Chassaignac a parlé, car il n'en a point précisé la nature. Etait-ce de la putridité, ou était-ce le résultat des progrès que l'affection osseuse continuait à faire par suite du séjour à l'hôpital?

On parle de la résorption des abcès et des cas cités par M. Bouvier. Mais a-t-on vu souvent guérir par résorption des abcès iliaques avec gibbosité ? Je ne parle que de la fréquence, car je ne nie pas la possibilité de ce résultat ; j'ai vu, avec notre regrettable confrère Legendre, résorber un abcès froid très-volumineux qui s'étendait de l'abdomen à la cuisse, chez un homme de 35 à 40 ans. Il est vrai qu'il reste encore chez cet homme un autre abcès de même nature que le premier.

Relativement à l'efficacité de l'iode, je dirai qu'il y a un peu de tout dans la scrofule; il y a même souvent un élément syphilitique qui nous échappe ; et c'est ce qui explique les heureux résultats de l'iode et de ses composés, notamment de l'iodure de potassium.

M. GOSSELIN. Devant lire prochainement à la Société un rapport sur le traitement des abcès par congestion, à l'occasion d'un travail de M. Gillebert d'Hercourt, je n'insisterai aujourd'hui que sur un seul point. On a guéri des malades par l'injection iodée, c'est certain ; mais il est certain aussi qu'on en a guéri par d'autres méthodes ; dès lors, la prééminence de tel ou tel traitement ne peut être établie que par des relevés numériques. On ne l'a pas fait jusqu'ici, et c'est ce qu'il faudra faire désormais.

M. MARJOLIN. Je remercie M. Forget de m'avoir fourni l'occasion de rectifier ou plutôt de compléter ma pensée. Je puis en outre lui fournir des renseignements sur l'établissement de Forges, dont il a parlé tout à l'heure, mais dont il ne connaît pas suffisamment la destination. Cet établissement est spécialement destiné aux écrouelleux atteints d'engorgements ganglionnaires, et on n'y admet pas les affections chirurgicales. J'ai voulu, il y a quelque temps, y envoyer un de mes malades

atteint de tumeur blanche et de carie ; le directeur général de l'assistance publique m'a répondu officiellement que les cas de chirurgie n'étaient pas admis dans l'établissement de Forges. Je sais de bonne part qu'on y a envoyé, dans l'origine, des affections osseuses et articulaires; mais les résultats consignés dans les rapports ayant été purement négatifs, on y a tout à fait renoncé. Je dois dire, du reste, que les eaux de Forges n'ont presque aucune propriété ; ce qui agit sur les enfants, c'est l'air de la campagne.

M. GIRALDÈS. Je crois que si M. Forget avait assisté au début de la discussion, il se serait évité la peine d'enfoncer des portes ouvertes. Dès le premier jour, j'ai signalé ici l'influence avantageuse des eaux minérales et des bains de mer sur les maladies des os et des articulations.

M. BOINET reproduit les arguments qu'il a déjà présentés pour établir que l'injection iodée arrive bien réellement sur le squelette. La teinture d'iode est un liquide bien plus pénétrant que le pus. Dans un cas d'épanchement pleural, M. Boinet, ayant poussé une injection iodée dans la plèvre, vit le liquide revenir immédiatement par la bouche. A l'autopsie, on trouva sur une bronche une très-petite fissure, qui malgré son étroitesse avait livré passage à la teinture d'iode.

On m'objecte, continue M. Boinet, que la teinture alcoolique dont je me sers toujours produit des coagulums ou des grumeaux qui peuvent obstruer les trajets. Mais avant de pousser l'injection, je fais des lavages à l'eau tiède, et je ne laisse dans le foyer aucune matière coagulable. M. Marjolin me demande quel est le procédé que je suis. Dès qu'il y a assez de pus pour que la ponction soit possible, je pratique une injection d'iode, et dès que le pus se reproduit en quantité notable, je recommence. J'empêche ainsi la poche de s'accroître. Tôt ou tard une ouverture reste fistuleuse. Alors le but de l'injection iodée est de transformer l'abcès en un trajet fistuleux. Je n'y ai recours que lorsque le pus s'altère ou coule trop abondamment. C'est le pus qui me guide, qui me donne les indications. Si le pus est de bonne nature, je reste quelquefois quinze jours et plus sans injection.

M. Giraldès insiste sur le traitement général; mais j'y insiste aussi; j'en proclame la nécessité. Je n'ai jamais dit qu'on pût se contenter d'un traitement local. Je n'ai pas dit non plus qu'on ne pût pas guérir les abcès par congestion à l'hôpital ; j'en ai guéri dans les services de M. Huguier et de M. Velpeau; mais je maintiens que les malades de la ville sont dans de meilleures conditions que ceux de l'hôpital,

et que ceux de la campagne sont plus favorablement placés que ceux de la ville.

Quant aux injections iodées, elles sont le meilleur des adjuvants connus. Il est certain que les abcès par congestion étaient considérés autrefois comme incurables, et qu'aujourd'hui on en guérit beaucoup. D'où vient cette différence? Autrefois, on ne négligeait pourtant pas le traitement général; mais on opérait le plus tard possible, et on ne faisait pas d'injections. Aujourd'hui on opère de bonne heure, on fait des injections iodées, et les abcès par congestion ne sont plus incurables.

M. VOILLEMIER. J'avais renoncé à la parole; mais je ne puis laisser passer sans y répondre les derniers arguments de notre collègue. Je lui ferai remarquer d'abord que tout ce qu'il vient de dire sur l'hôpital, la ville et la campagne est un hors-d'œuvre, un lieu commun applicable à toutes les maladies aussi bien qu'aux abcès par congestion. Je n'insiste pas là-dessus; mais j'éprouve le besoin de défendre les injections iodées contre M. Boinet, qui les compromet par ses exagérations. S'il se bornait à dire que ces injections modifient avantageusement les parois de l'abcès, à la bonne heure, on pourrait être de son avis; mais il nous dit qu'il guérit presque tous ses malades. C'est trop beau. Lorsqu'il déroulait devant nous la série de ses succès, j'attendais qu'il mît en regard la série de ses insuccès, mais elle n'est pas venue. Il est permis de s'en étonner.

Pour ma part, j'envisage la question tout autrement que lui, et je suis une pratique tout opposée. L'abcès par congestion n'est qu'un effet. Si on pouvait le faire disparaître d'un coup de baguette; bien plus, si on pouvait de la même manière rétablir l'intégrité de l'os, le malade ne serait pas guéri pour cela. La constitution resterait altérée, les poumons resteraient tuberculeux. — Qu'espérez-vous donc des injections iodées ou de tout autre traitement local, lorsque l'économie est en proie à une maladie générale?

Autrefois, dites-vous, on n'osait pas ouvrir les abcès par congestion, on laissait mourir les malades; et vous paraissez croire que les succès modernes datent de l'invention des injections iodées. J'explique autrement les résultats de la pratique de nos devanciers. Les chirurgiens, autrefois, négligeaient les moyens médicaux; il faut dire aussi qu'ils n'avaient pas de bonne médication générale. Ils ne connaissaient pas les préparations iodées, que les travaux de Lugol ont fait pénétrer dans la pratique; ils ne connaissaient pas non plus la méthode des ponctions successives, perfectionnée de nos jours par M. Jules Guérin. Nous avons donc aujourd'hui entre les mains des moyens qu'ils ne possé-

daient pas. Parmi ces moyens, je range volontiers les injections iodées, mais je ne leur accorde qu'un rang secondaire. Les faits de M. Bouvier sont là pour prouver qu'on peut s'en passer.

J'ai dit que je suivais une pratique opposée à celle de M. Boinet. Il ouvre les abcès par congestion le plus tôt possible. J'agis tout différemment. Tant que je ne crains pas de voir l'abcès s'ouvrir spontanément, je m'abstiens de tout traitement chirurgical; je me borne à agir sur la constitution par des moyens généraux. Je retarde autant que possible le moment de l'ouverture, afin de laisser à la constitution le temps de se modifier et de se fortifier. Lorsque la marche de l'abcès me fait craindre une ouverture prochaine, alors je me décide à agir, et je donne habituellement la préférence aux ponctions successives. J'ai cependant eu recours aussi aux injections iodées. Cela pourrait certainement suffire s'il n'y avait qu'un simple abcès; mais l'os continue à fournir du pus. Puis plusieurs fois j'ai vu la poche s'enflammer à la suite de ces injections; j'ai dû l'ouvrir au bistouri, ou bien elle s'ouvrait elle-même; c'était le commencement de la fin, car tous les malades que j'ai traités de cette manière sont morts.

En regard de ces faits malheureux, j'en possède un où la guérison a eu lieu à la suite d'une seule ponction, sans injection. Si j'avais fait l'injection, j'attribuerais peut-être ce succès à l'iode, et ce serait une erreur... Dans un autre cas, où l'abcès était situé autour du grand trochanter, une seule ponction suivie d'une injection détersive non iodée a amené la guérison de l'abcès. Le malade était phthisique, il l'est encore, et il succombera probablement bientôt, mais l'abcès est toujours guéri.

En résumé, il y a quelquefois des complications organiques telles que le malade, quoi qu'on fasse, est voué à la mort. Je m'étonne que M. Boinet n'ait pas rencontré de cas de ce genre.

Dans les autres cas, on peut conserver de l'espoir. Toutes les fois que l'ouverture n'est pas imminente, il faut attendre, retarder l'ouverture, afin d'agir le plus longtemps possible sur la constitution. Puis quand l'état de l'abcès rend l'intervention chirurgicale nécessaire, je donne la préférence aux ponctions successives. Enfin, s'il vient de l'inflammation dans l'abcès, j'ouvre largement la poche, et c'est alors que j'emploie les injections iodées, qui sont un excellent moyen détersif.

M. BOINET. M. Voillemier me reproche d'avoir passé sous silence les cas où les complications générales et la tuberculisation pulmonaire s'opposent entièrement à la guérison. Il se trompe; j'en ai parlé, et j'ai dit qu'alors tous les traitements échouent.

M. VOILLEMIER. Mais alors, où sont vos morts ? Vous ne nous avez cité que des succès.

M. BOINET. J'ai cité ici tous mes faits ; si j'ai caché quelques cas malheureux, j'invite les confrères qui liront le procès-verbal de cette séance à les faire connaître à la Société.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Fracture de l'extrémité inférieure du fémur. — M. GOSSELIN présente de la part de M. le docteur Lizé, chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu du Mans, une fracture du fémur au quart inférieur, avec complication de fracture intercondylienne. Voici le résumé de cette observation :

Homme, trente-quatre ans ; chute dans un fossé de 2 mètres de profondeur, le 16 mars 1855, produisant une fracture du fémur droit à trois travers de doigt au-dessus des condyles. Cette fracture présentait une double complication : d'une part, le fragment supérieur, terminé en pointe, faisait issue à travers les chairs, à la partie antérieure de la cuisse ; d'une autre part, les deux condyles fémoraux étaient mobiles l'un sur l'autre, ce qui était l'indice d'une fracture verticale pénétrant dans l'articulation. Les deux parties du fragment inférieur étaient renversées en arrière et faisaient saillie dans le creux du jarret.

Après des efforts infructueux de réduction, M. Janin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu du Mans, fut obligé de pratiquer la résection du fragment supérieur. La réduction fut alors obtenue. Le membre fut placé dans l'appareil à extension de Desault. De graves accidents, une inflammation diffuse et une suppuration disséminée sur plusieurs points se manifestèrent bientôt. Il fallut pratiquer des ouvertures au jarret, à la cuisse, et jusqu'au niveau du grand trochanter. L'amputation, proposée à plusieurs reprises, fut enfin acceptée par le malade ; mais elle fut inutile, et la mort survint le 22 mai 1855, environ deux mois après l'accident.

Autopsie du membre amputé. — La capsule de l'articulation du genou est presque entièrement détruite, ainsi que les cartilages d'encroûtement des condyles du fémur et de la rotule. On trouve encore dans l'articulation quelques débris des cartilages semi-lunaires; de vastes fusées purulentes, partant du foyer de la fracture, remontent entre les muscles et à la surface du fémur, jusqu'au-dessous du point où l'amputation de la cuisse a été pratiquée. Le périoste du fémur est presque partout détruit, et le pus repose directement sur le tissu os-

seux. La jambe est également infiltrée de pus, et le jarret est entièrement ravagé par la suppuration.

Les fragments du fémur ont été desséchés après macération. M. Gosselin, au nom de M. Lizé, place ces pièces sous les yeux de la Société. Il y a d'abord sur la partie inférieure de la diaphyse du fémur un trait de fracture très-oblique de haut en bas et d'arrière en avant, et présentant la plus grande ressemblance avec ces fractures en coin dont il a été si souvent question devant la Société. La pointe du fragment supérieur est située en avant; elle est assez aiguë; c'est elle qui a perforé la peau. En outre, un trait de fracture à peu près vertical, séparant les deux condyles, s'étend de l'échancrure intercondylienne jusqu'au sommet de l'angle rentrant que le trait de la fracture forme sur le fragment inférieur. En rapprochant ces trois fragments l'un de l'autre, on est autorisé à penser que la fracture verticale a été produite par la pointe du fragment supérieur du fémur, agissant sur le fragment inférieur et le faisant éclater à la manière d'un coin.

Blessures par les grenades fulminantes du 14 janvier. — M. VOILLEMIER présente deux fragments de crâne provenant de deux individus blessés par les éclats des grenades fulminantes dans la soirée du 14 janvier.

C'est d'abord le coronal du nommé Riquier, qui est mort presque sur le coup, frappé en même temps à la cuisse, au ventre et à la tête. Cet os a été traversé de part en part sur la ligne médiane, entre les deux arcades sourcilières. La table externe est coupée nettement, et présente une ouverture assez régulièrement ronde, de six millimètres de diamètre; la table interne est comme déchirée dans une étendue plus que double. Le corps étranger n'a pas été retrouvé dans le cerveau; il s'était probablement perdu dans les sinus de la face, à laquelle on ne devait point toucher.

L'autre pièce est la moitié gauche du coronal d'un garde de Paris qui est arrivé mourant à l'hôpital. L'os a été perforé d'outre en outre. Comme sur la première pièce, l'ouverture de la table externe est assez nette, irrégulièrement ovalaire, ayant six millimètres dans sa plus grande longueur et quatre dans sa plus grande largeur. La table interne a été brisée très-irrégulièrement, comme soulevée et déchirée en écailles, dont plusieurs ont été retrouvées à plus d'un centimètre dans la substance cérébrale. La perte de substance de la table interne est quatre fois plus grande que celle de l'autre table. Le seul corps étranger, retrouvé à quatre centimètres de profondeur dans la substance cérébrale, était gros comme une tête d'épingle.

M. Voillemier montre encore un morceau de grenade, gros comme un œuf de pigeon, à forme pyramidale, irrégulièrement triangulaire et portant sur chaque arête des angles les restes d'un pas de vis. Ce fragment, qu'il a extrait de la cuisse d'un marchand de journaux par une contre-ouverture, est le plus gros qu'il ait trouvé. Tous les autres projectiles qu'il a retirés des plaies sont très-petits, aplatis, irrégulièrement quadrilatères; aussi les blessures sont-elles, en général, moins graves qu'on n'aurait pu le craindre. Leur petit volume et leur forme aplatie étaient des obstacles à ce qu'ils pénétrassent profondément, à moins d'être lancés par une très-grande force. Cette extrême division des grenades lui a semblé tenir uniquement à la matière grossière peu homogène dont elles sont faites.

— La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire, Paul Broca.

Séance du 3 *février* 1858.

Présidence de M. Deguise fils.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Exostose médio-palatine. — M. Chassaignac présente un malade atteint d'*exostose médio-palatine.* Il y a déjà longtemps que M. Chassaignac a décrit sous ce nom une tumeur osseuse qui se développe sur la partie centrale de la voûte palatine, et qui fait saillie du côté de la cavité buccale. Tous les malades chez lesquels il a eu l'occasion de l'observer avaient des antécédents de syphilis constitutionnelle. C'est ce qui a lieu encore dans le cas actuel. Le malade a eu, il y a quelques années, un chancre, suivi de divers accidents secondaires, entre autres une alopécie considérable et un iritis. M. Chassaignac, en constatant cette coïncidence, est donc conduit à penser que l'exostose médio-palatine est un accident tertiaire de la syphilis.

M. Huguier reconnaît que M. Chassaignac est le premier qui ait décrit cette affection avec soin, et qui lui ait donné un nom particulier, mais il ajoute que les exostoses de la voûte palatine sont connues depuis longtemps des syphiliographes. Ces tumeurs présentent dans leur siége et dans leur forme une remarquable fixité. Elles sont parfaitement médianes et symétriques; elles portent à la fois et d'une manière égale sur les deux os maxillaires. Elles sont allongées d'avant en arrière et régulièrement fusiformes. Il est presque sans exemple qu'elles se

montrent chez des individus exempts de syphilis; sous ce rapport elles ont une valeur séméiologique presque égale à celle du psoriasis palmaire ou plantaire.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Denucé fait hommage d'un travail intitulé : *Note sur quelques faits de pratique chirurgicale.*

Fin de la discussion sur les injections iodées. — M. GUERSANT. J'avais dit, dès le premier jour de la discussion, que les injections iodées ne réussissaient pas chez les enfants atteints d'abcès par congestion ; j'avais ajouté que la guérison des altérations osseuses produites par la scrofule survient souvent sans traitement spécial, par cela seul que les enfants arrivent à l'adolescence. Les faits cités par M. Boinet n'ont pas changé mon opinion ; ils m'ont, au contraire, plutôt donné gain de cause, puisque tous ses malades avaient plus de vingt ans, à l'exception d'un seul qui avait quatorze ans, et qui se trouvait par conséquent dans les conditions que j'ai indiquées. Je lui accorde volontiers que l'injection iodée a pu contribuer à la guérison de ses malades. C'est un adjuvant utile, qui peut prendre place à côté des cautères, des moxas et des autres exutoires. Mais ces divers moyens auraient échoué s'il les avait appliqués chez des enfants de trois à dix ans. D'après mon expérience, je crois pouvoir engager mes collègues à ne pas opérer les enfants de cet âge.

M. CAZEAUX fait remarquer que les insuccès constatés chez les enfants n'enlèvent rien à la valeur des succès obtenus par M. Boinet chez les adultes; quoique peu disposé à admettre tout ce qu'on a dit sur l'efficacité des injections iodées, il accepte les faits de M. Boinet. Seulement il se demande si les guérisons doivent être attribuées réellement au traitement local. La question, à son avis, ne sera résolue que si on démontre que les guérisons sont plus communes aujourd'hui qu'avant la méthode des injections iodées.

RAPPORT.

M. VERNEUIL fait un rapport sur une observation adressée à la société par M. Ancelet, médecin à Vailly-sur-Aisne. Voici cette observation :

Ossifications développées en avant des deux ligaments rotuliens.

Mme T..., propriétaire à Vailly-sur-Aisne, âgée de soixante-six ans,

vit se former il y a trente-cinq ans, à peu près simultanément, à la partie supérieure et antérieure des deux jambes, de petits corps solides, mobiles sous le doigt, qui s'accrurent graduellement et lentement sans douleurs notables.

Il y a un an, la peau qui recouvrait celui de droite rougit et s'ulcéra successivement en deux points, et les douleurs devinrent alors tellement vives de ce côté, que la station était très-pénible et la marche pour ainsi dire impossible.

Fatiguée des emplâtres que des empiriques lui avaient conseillés et qu'elle avait employés sans résultats, cette dame me consulta le 5 octobre dernier, et je constatai ce qui suit :

A la jambe gauche on sent immédiatement sous la peau, saine d'ailleurs, trois corps durs, anguleux, contigus, mobiles entre eux et relativement aux parties voisines, de telle sorte qu'on pouvait leur faire subir dans tous les sens des mouvements d'oscillation de quelques centimètres. D'ailleurs pas de douleurs, si ce n'est sous une assez forte pression.

Considérés dans leur ensemble, ces trois corps forment un parallélogramme irrégulier commençant immédiatement au-dessous de l'angle inférieur de la rotule et présentant dans le sens vertical une hauteur totale de 9 centimètres et 3 centimètres de largeur.

A la jambe droite, on sent distinctement une production analogue avec toutes ses conditions de forme, de volume, de consistance, que nous décrirons plus loin. Elle paraît aussi mobile sur les parties sous-jacentes que celles de la jambe gauche; mais la peau qui la recouvre lui adhère intimement. Elle est rouge, violacée, et présente en deux points disposés sur une même ligne horizontale deux ulcérations assez profondes, rapprochées l'une de l'autre, situées l'une en avant, l'autre un peu plus en dedans. Ces ulcérations, qui ne laissent suinter qu'une petite quantité de pus, livrent passage à des rugosités plus saillantes que celles qui recouvrent toute la surface de la tumeur.

La position pénible de la malade, l'impossibilité absolue de toute amélioration, l'aggravation certaine et imminente des accidents, me firent proposer l'opération. La mobilité apparente de la tumeur semblait promettre que l'énucléation en serait facile, en même temps que sa situation superficielle éloignait la crainte de dangers sérieux.

Le 9 octobre, en présence de M. Poilleux, ancien interne des hôpitaux, qui voulut bien me prêter son concours, j'exécutai l'opération de la manière suivante :

La malade étant préalablement soumise aux inhalations de chloro-

forme, je traçai deux incisions semi-elliptiques transversalement dirigées et situées l'une au niveau du bord inférieur de la tumeur, l'autre à 4 centimètres au-dessus. Les incisions, dont la direction était commandée par l'altération de la peau plus étendue en largeur qu'en hauteur, circonscrivirent toute cette altération.

Je fis alors la dissection de la peau qui recouvrait le reste de la tumeur et lui adhérait assez intimement; puis des adhérences nombreuses et fortes, même assez étendues, qui unissaient toute sa face postérieure à la face antérieure de l'aponévrose. Ce temps de l'opération nécessita des efforts que, vu la mobilité de la tumeur, l'inspection préalable du membre n'aurait pu faire pressentir.

Le doigt introduit dans la plaie, après l'extraction, sentit distinctement un tissu fibreux, rugueux, qui était l'aponévrose épaissie. — Suture enchevillée, pansement simple.

Les suites de l'opération furent aussi heureuses que possible. Pendant les premiers jours, il y eut bien un peu de rougeur qui, s'étendant du côté du genou, m'inspira d'abord quelques craintes ; mais elle céda rapidement sous l'influence d'applications de collodion élastique.

Le 15, j'enlève les points de suture et j'applique des bandelettes de diachylon. La plaie présente un aspect des plus satisfaisants. La suppuration est peu abondante et de bonne nature. Quelques adhérences commencent à s'établir. Pas de tendance à l'écartement.

La malade a conservé son appétit et sa gaieté; elle accuse des élancements dans la plaie, surtout la nuit. Les bandelettes sont renouvelées plusieurs fois jusqu'au 24. Je les supprime alors tout à fait. Pansement simple jusqu'au 3 novembre, où la guérison est complète. La malade sort et marche librement depuis plusieurs jours, accusant seulement un peu de faiblesse qui disparaît graduellement.

Description de la tumeur. — Cette pièce, qui a un poids spécifique considérable, présente une forme irrégulière assez difficile à décrire, mais qui rappelle à première vue celle du maxillaire supérieur avec sa branche montante. Elle est irrégulièrement triangulaire. La face antérieure convexe est hérissée de rugosités, de mamelons qui lui donnent l'apparence d'une pierre meulière, selon la comparaison de Laënnec. Elle adhère intimement à la peau par ces rugosités, surtout à sa partie moyenne. On en remarque deux plus saillantes que les autres, qui ont déterminé la formation des fistules cutanées dont nous avons déjà signalé l'existence.

La face postérieure convexe transversalement, plus unie que la précédente, est recouverte d'un tissu fibreux très-dense qui lui adhère

intimement. De toute sa surface naissent des lames fibreuses très-nombreuses, très-résistantes, croisées dans tous les sens, assez longues (ce qui explique la mobilité de la tumeur), et qui vont se fixer sur l'aponévrose épaissie.

Le bord interne, verticalement dirigé, haut de 68 millimètres, épais de 4 près de l'angle supérieur, de 18 près de l'angle inférieur, présente dans toute son étendue des échancrures plus ou moins profondes.

L'inférieur, horizontal, légèrement convexe, offre 45 millimètres d'étendue. Il en a 15 d'épaisseur près de son angle interne, 5 près de son angle externe.

Le bord externe, plus tranchant que les précédents, se compose de deux parties formant un angle dont la branche supérieure, parallèle au bord interne et longue de 33 millimètres, forme avec l'autre, longue de 37, un angle obtus de 120°.

Ces bords présentent dans toute leur étendue des rugosités desquelles partent aussi des adhérences fibreuses.

L'espèce d'apophyse montante, à sommet tronqué, constituée par le bord interne dans la moitié de sa hauteur et par la branche verticale du bord externe, a 15 millimètres de large, 33 de haut. Vers le milieu de sa hauteur, elle présente une ligne fibreuse transversale, qui permet quelques mouvements des deux parties l'une sur l'autre.

Les mesures qui précèdent sont prises au compas, et par conséquent ne tiennent pas compte des courbures ; mais la différence est minime ; si l'on en tient compte, on trouve que le périmètre total est de 22 centimètres.

Considérée dans sa structure, la tumeur paraît formée de tissu osseux très-compacte. Son poids est de 30 grammes.

Si le diagnostic était facile et l'indication thérapeutique précise, ce fait n'en est pas moins fort remarquable. Rien ne peut nous éclairer sur l'étiologie de cette singulière affection, d'autant plus singulière que les tumeurs occupaient à la fois les deux genoux, et qu'elles avaient acquis un développement que je ne retrouve dans aucun des faits analogues que j'ai pu rassembler.

M. Verneuil ajoute les remarques suivantes, résultat des observations qu'il a faites sur la structure de la tumeur :

« L'auteur fait suivre cette description de réflexions et d'hypothèses sur l'origine et la nature de cette singulière affection. Nous ne le suivrons pas sur ce terrain, parce qu'il n'arrive à aucune solution cer-

taine, et que d'ailleurs il suppose à la production extirpée une structure osseuse qu'elle ne possède pas en réalité.

« Une coupe pratiquée dans la tumeur ossiforme démontre, en effet, qu'elle est constituée par une masse d'apparence crayeuse renfermée dans une poche fibreuse, dont les parois, épaisses de deux millimètres, sont elles-mêmes infiltrées d'une substance blanche pulvérulente et crétacée.

» L'analyse chimique, un peu grossière, il est vrai, révèle l'existence de phosphate et de carbonate de chaux. Ce dépôt calcaire est, du reste, très-dense, très-compacte, et la croûte superficielle surtout oppose à la scie une forte résistance. Ainsi, malgré les apparences extérieures, malgré les aspérités de la surface qui rappellent certaines exostoses, il ne s'agit point ici d'une ossification véritable.

» M. Houel, du reste, m'a affirmé que jamais jusqu'à ce jour il n'avait vu de concrétions sous-cutanées renfermer de tissu osseux véritable. »

M. GOSSELIN lit un rapport sur un travail de M. Gillebert d'Hercourt, intitulé : *De l'immobilité prolongée et du redressement lent et gradué de l'incurvation vertébrale dans le traitement de la maladie de Pott.*

Messieurs,

Qu'il nous soit permis de constater d'abord que le titre seul du travail de M. Gillebert d'Hercourt indique un progrès, ou du moins un effort dans une direction nouvelle imprimée depuis quelques années à nos études sur la maladie de la colonne vertébrale connue sous le nom de mal de Pott. Vous le savez, les travaux des contemporains et de tous les auteurs qui ont été nos prédécesseurs et nos maîtres ont eu surtout pour objet l'anatomie pathologique. Tous avaient accepté la symptomatologie si bien tracée par Pott; tous avaient adhéré sans discussion, disons-le, même sans examen, à son opinion sur la valeur des cautères comme moyen thérapeutique. On ne se préoccupait plus que de connaître les lésions anatomiques dont Pott ne s'était point occupé, et toute l'attention pendant de longues années a été concentrée sur la question de savoir si l'affaissement du rachis était dû à une altération des disques intervertébraux ou des vertèbres; si la lésion de ces dernières était une carie ou une affection tuberculeuse; si cette affection tuberculeuse était infiltrée ou enkystée. Ces recherches sur les morts ont peut-être un peu fait oublier les vivants. On ne s'est plus occupé beaucoup de thérapeutique, et l'opinion des auteurs qui attribuent le

mal à une tuberculisation s'étant accréditée d'une part, tandis que, d'une autre part, la doctrine fatale et erronée de M. Louis sur la tuberculisation multiple prenait faveur, la plupart des chirurgiens en étaient venus à considérer le mal de Pott comme une maladie qui pouvait à la rigueur laisser vivre les sujets avec une difformité irrémédiable, mais qui le plus souvent les vouait à une mort certaine, surtout lorsqu'il y aurait des abcès par congestion. M. J. Guérin a, selon nous, rendu un vrai service à la science lorsqu'il est venu, dans son rapport de 1841, citer des exemples de guérison de carie vertébrale avec abcès par congestion. Qu'il ait exagéré les avantages du procédé dont il se proposait alors de faire valoir l'importance, nous ne le contestons pas. Mais c'était à cette époque un grand fait que de montrer des guérisons, et chacun de vous se rappelle avec quelle incrédulité il fut accueilli, tant était devenue générale l'opinion sur l'impuissance de l'art, opinion qu'on croyait assise sur une base solide, celle de l'anatomie pathologique. Quand, un peu plus tard, M. le professeur Piorry vint insister dans ses leçons cliniques sur l'utilité du phosphate de chaux dans le traitement du mal vertébral, il eut quelque peine à convaincre les chirurgiens, et votre rapporteur est peut-être le seul parmi les membres de la Société qui ait accepté et préconisé à son tour ce mode de traitement. Quand enfin notre collègue M. Boinet a cité des exemples de guérison à la suite des injections iodées dans le traitement d'abcès par congestion accompagnant le mal de Pott, il n'a pas manqué non plus, et la dernière discussion l'a bien montré, de faire naître aussi l'incrédulité.

Notre intention n'est pas de faire prévaloir ce mode de traitement, dont nous n'avons pas à nous louer, et que nous réservons pour quelques cas exceptionnels; mais nous considérons encore comme une chose utile et bonne d'avoir cité de nouveaux exemples de guérison. Il faut bien, en définitive, si tant d'observations apportent des succès, que la maladie vertébrale, même dans ses formes les plus graves, ne soit pas aussi fatalement désastreuse que l'avaient fait croire les investigations anatomo-pathologiques, ou bien il faut, et c'est ce que nous rechercherons tout à l'heure, que quelque malentendu se soit glissé dans la science sur ce sujet.

Le travail de M. Gillebert d'Hercourt est donc fait dans la même direction que ceux de MM. J. Guérin, Boinet et Piorry. Il laisse tout à fait de côté les caractères anatomiques et la nature intime des lésions pour ne s'occuper que du traitement et prouver par de nouveaux faits la possibilité de la guérison. Seulement l'auteur ne s'occupe pas spé-

cialement des abcès par congestion, comme l'ont fait MM. Guérin et Boinet, ni de la réparation de la perte de substance, comme l'a fait M. Piorry, et comme l'a fait aussi sur une grande échelle M. Gensoul (de Lyon), en administrant, au lieu du phosphate neutre de chaux, le phosphate double de fer et de chaux. Il s'adresse surtout à l'incurvation elle-même. Il veut l'arrêter dans sa marche, la diminuer, l'effacer même, et dans ce but il recommande le repos horizontal longtemps prolongé sur un appareil de son invention, qui consiste d'abord en un coussin dur, à plan supérieur, incliné de la tête aux pieds, légèrement convexe dans la partie qui doit soutenir les régions dorsale et lombaire de la colonne vertébrale, et déprimé à la réunion du premier et du second cinquièmes, afin que le plan destiné à la tête soit au-dessous de celui qui recevra le dos. L'auteur fait, en outre, pratiquer sur le coussin, au niveau du point qui doit correspondre à la gibbosité, un trou d'une capacité suffisante, et il comble ce trou par un ballon en caoutchouc rempli d'air, qui dépasse la surface du coussin. La gibbosité est reçue sur ce ballon élastique, dont la pression ne saurait être assez forte pour escharifier la peau. Il va sans dire que si deux gibbosités existaient, deux trous seraient faits sur le coussin, et deux ballons de caoutchouc y seraient ajoutés.

A l'appui de ce mode de traitement, l'auteur apporte deux faits : le premier est relatif à un enfant de quatre ans, qui avait depuis six mois une gibbosité au niveau des quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales, avec faiblesse des membres inférieurs et sans abcès par congestion. Il fut couché le 16 juillet 1856 sur le matelas et y resta jusqu'au 24 avril, environ neuf mois, mais avec quelques interruptions pendant les trois derniers mois pour faire des promenades à l'aide du char vertical et à béquilles. Lorsque l'enfant a été repris par sa famille, la gibbosité avait notablement diminué, les jambes étaient plus fortes, et l'état général beaucoup plus satisfaisant.

Dans la seconde observation, il est question d'un enfant de cinq ans et demi, qui avait depuis au moins huit mois deux gibbosités, l'une à la région lombaire, l'autre à la région dorsale, avec un abcès par congestion dans la fosse iliaque droite. A partir du 10 septembre 1856, cet enfant fut soumis au décubitus prolongé avec deux ballons de caoutchouc, correspondant chacun à une des gibbosités. L'usage du char à béquilles pendant une demi-heure par jour est commencé le 10 mars; mais à part le temps nécessaire pour cet exercice, le décubitus dorsal est continué jusqu'au 24 juillet 1857 (en tout dix mois). A cette époque, dit M. Gillebert, les traces des anciennes gibbosités ne se décèlent que

par deux points très-circonscrits, faisant l'un et l'autre saillie d'un demi-centimètre au-dessus des parties voisines.

L'auteur indique lui-même qu'il a, en préconisant ce mode de traitement, deux intentions : celle d'immobiliser et celle de redresser peu à peu. Il convient que la première n'est pas nouvelle, et a été réalisée avant lui par Delpech, MM. Bonnet (de Lyon) et Ferdinand Martin. Mais il rappelle que, malgré les efforts de ces auteurs, le plus grand nombre des chirurgiens n'ont pas adopté ni conseillé le repos prolongé dans le traitement de cette maladie. A ce point de vue, M. Gillebert d'Hercourt, s'il n'a pas absolument le mérite de l'invention, a du moins celui de trancher nettement une question indécise et de se placer franchement dans le camp opposé à celui des auteurs nombreux qui, à l'exemple de Boyer, Sanson, Ollivier (d'Angers), MM. Nélaton et Bouvier, veulent que les malades marchent de temps en temps avec des tuteurs ou des soutiens, au lieu de rester continuellement dans la position horizontale. Quant à la seconde intention, celle d'obtenir par son appareil un redressement lent et gradué, elle n'a, je crois, été formulée jusqu'à ce jour par aucun praticien, si ce n'est peut-être par ceux qui avant Pott soumettaient ces sortes de gibbosités comme les autres à des traitements mécaniques irrationnels et violents. Pour rester dans les limites du travail de M. Gillebert d'Hercourt, nous devons donc examiner ces deux questions : L'auteur prouve-t-il, en effet, que l'immobilité prolongée dans la position horizontale est favorable dans le traitement du mal de Pott? Prouve-t-il, d'autre part, qu'il a obtenu un redressement?

1° La lecture des observations autoriserait tout d'abord à répondre affirmativement à la première question, car les malades soumis au décubitus horizontal paraissent avoir repris assez promptement les forces et l'embonpoint qu'ils avaient perdus. Mais pourtant nous devons nous demander s'il ne faut pas faire aussi la part des changements hygiéniques et des autres moyens de traitement dans ces améliorations. En effet, ces deux enfants, outre qu'ils ont trouvé dans l'établissement de M. Gillebert une aération et peut-être une nourriture meilleures que celles dont ils disposaient chez leurs parents, ont été soumis aux bains d'air condensé, à l'huile de foie de morue, au sirop de kina, à l'iodure de fer, aux frictions sur les membres avec le liniment de Rosen, au massage. N'est-il pas permis d'admettre que, quand bien même on eût permis aux malades de faire quelques exercices, de se livrer à quelques jeux à plat ventre, l'ensemble de ces moyens aurait pu conduire à un résultat semblable à celui qu'indique M. Gillebert? C'est

ce que penseront probablement les partisans du repos et de l'exercice combinés. Cependant votre rapporteur, en émettant ces doutes, se gardera bien de jeter une défaveur trop grande sur l'immobilité prolongée dans le traitement du mal vertébral; il la croit utile, l'a employée et l'emploiera encore. Mais son devoir est de déclarer que son opinion à cet égard ne peut s'appuyer sur des arguments convaincants, les malades qu'il a observés ayant été, comme ceux de M. Gillebert, soumis à des conditions favorables qui, chez d'autres malades non soumis à l'immobilité, ont paru également suivies d'un bon résultat.

Il y a d'ailleurs dans cette question de l'immobilité prolongée une difficulté pratique que M. Gillebert n'a pas abordée, celle de savoir à quelle époque elle doit être commencée, et à quelle époque elle doit finir. Il nous dit bien que les deux enfants, aussitôt qu'ils ont été confiés à ses soins, ont été soumis au repos absolu ; mais la maladie datait de plusieurs mois. Si M. Gillebert avait été appelé dès le début, aurait-il de suite eu recours à ce moyen, aurait-il attendu surtout que la gibbosité fût prononcée? De même, on voit qu'au bout de quelques mois l'exercice modéré a été permis, puis qu'il a été permis de plus en plus ; mais on ne voit pas quelles ont été les indications de ce changement dans le traitement, pourquoi on a choisi plutôt le cinquième mois que le sixième, le septième, le douzième : c'est, selon nous, Messieurs, la difficulté de donner à ce point de pratique un certain degré de précision qui a contribué à tenir les esprits incertains. En définitive, cette maladie, quoi qu'on fasse, doit toujours passer par trois périodes au moins, toutes d'une certaine durée : une première, caractérisée par la douleur, sans affaissement des vertèbres, et pendant laquelle l'ostéite et l'arthrite sont en voie d'évolution ; une deuxième, d'affaissement progressif, pendant laquelle l'usure des os, ou le ramollissement des tubercules, oblige le rachis à s'incurver ; enfin une troisième, pendant laquelle, si la guérison a lieu, la consolidation s'opère, dans la nouvelle attitude donnée par la maladie, au moyen de dépôts osseux de nouvelle formation. Or le repos horizontal prolongé serait-il indifféremment utile à toutes ces périodes ; empêcherait-il, si on l'employait dans la première, le développement de la seconde, et si on y a recours dans la seconde, favoriserait-il l'arrivée plus rapide de la troisième? Nous ne croyons pas nous tromper en avançant que personne, parmi nous, n'est préparé à résoudre ces questions, et nous exprimons le regret de ne pas les trouver dans le travail de M. Gillebert, sinon résolues, au moins posées. Quant à nous, s'il nous était permis de donner notre opinion sur un sujet aussi délicat et avec un

aussi petit nombre de faits que ceux dont nous avons été témoin, nous dirions que c'est surtout pendant la seconde période, celle d'affaissement progressif, que l'immobilité dans la position horizontale nous paraît avantageuse ; elle doit alors diminuer l'affaissement et les proportions de la gibbosité, en empêchant la partie supérieure du rachis de peser sur l'inférieure. Mais il nous semble que dans la troisième, c'est-à-dire à l'époque où la réparation se complète et où elle est assez avancée déjà pour que l'affaissement n'augmente plus, un exercice modéré ne doit qu'être utile et favoriser le mouvement nutritif en vertu duquel se dépose le tissu osseux de nouvelle formation. Nous déclarons seulement que nous ne sommes pas en mesure d'indiquer des caractères propres à faire reconnaître si la maladie a franchi complétement les limites de la seconde période.

2° Pour la seconde question que nous avons posée, celle de savoir si le redressement a été obtenu, les allégations de l'auteur peuvent seules nous guider.

Dans la première observation, il est dit que l'enfant portait une gibbosité formée par la saillie des apophyses épineuses des quatrième, cinquième et sixième dorsales, sans qu'on donne aucune indication sur le volume de cette saillie, non plus que sur le degré de courbure. Puis il est dit, à la fin, que la gibbosité est réduite à une très-légère saillie.

Dans la seconde observation, on dit au commencement que deux incurvations très-saillantes occupent, l'une la région dorsale au niveau des cinquième et sixième vertèbres, et l'autre la région lombaire au niveau des quatrième et cinquième vertèbres de cette région, et on dit à la fin que les traces des anciennes gibbosités ne se décèlent que par deux points très-circonscrits, faisant l'un et l'autre une saillie d'un demi-centimètre environ au-dessus des parties voisines. Quoique la première observation soit moins explicite que la seconde, cependant on ne pourrait, à moins d'admettre une grande inattention de la part de l'auteur, se refuser à croire qu'une notable amélioration a en effet été obtenue. Nous ferons cependant une réserve, relativement à la durée de ces améliorations. Quand on se rappelle combien cette maladie est longue, et à combien de mécomptes elle a exposé les observateurs consciencieux, qui avaient cru à une guérison bientôt démentie par une récidive, il faut se demander si pareille chose n'arrivera par hasard aux deux malades de M. Gillebert d'Hercourt.

En résumé, Messieurs, l'analyse que nous venons de faire nous paraît favorable aux idées et au mode de traitement conseillé par l'auteur. Nous voyons là une ressource nouvelle qui, pour une maladie

aussi longue et aussi cruelle, peut être employée avec avantage, et d'autre part sans inconvénient sérieux pour les malades ; il reste seulement pour l'époque et la durée de l'application les difficultés dont nous avons parlé, et que peut-être des observations nouvelles pourront éclaircir.

Faisons cependant, avant de terminer, une dernière réflexion. Le traitement de M. Gillebert conviendrait-il aussi bien et serait-il aussi efficace sur des jeunes gens ou des adultes que sur des enfants ? L'auteur, en définitive, n'apporte à l'appui de sa nouvelle méthode que des observations prises sur des enfants. C'est ce qu'ont fait aussi la plupart des auteurs qui ont préconisé des moyens de traitement nouveaux. Or, toutes ces observations et d'autres exemples de guérison observés par nous-mêmes et par d'autres, sur des enfants qui n'avaient pas été soumis à d'autres moyens qu'à ceux du régime tonique et anti-scrofuleux, prouvent qu'il y a chez l'enfant une possibilité de guérir qui n'est pas aussi prononcée après la puberté. C'est là, selon nous, la cause des divergences d'opinions qui ont existé sur ce sujet. Beaucoup de chirurgiens ont parlé de la carie vertébrale et de sa gravité, et même contesté les guérisons dont ils entendaient parler, d'après le souvenir de faits qu'ils avaient observés sur des jeunes gens.

D'une autre part, ceux qui ont préconisé des modes de traitement ne se sont guère appuyés que sur des observations prises chez des enfants, en insistant sur la nécessité de faire intervenir un traitement général approprié. Aujourd'hui, et nous avons déjà pris soin de le faire remarquer dans le *Compendium de chirurgie*, il est incontestable que les enfants peuvent guérir plus facilement que les jeunes gens et les adultes, et qu'il n'est pas possible de proposer comme également efficaces pour les seconds les moyens de traitement qui conviennent aux premiers. Il en est, selon nous, du mal vertébral comme des autres manifestations de la diathèse scrofuleuse ; on en triomphe d'autant mieux que cette diathèse se traduit par un plus petit nombre de phénomènes, et que le sujet est plus jeune. De deux à quinze ans, par exemple, on triomphe de presque toutes les maladies scrofuleuses (engorgement ganglionnaire, tumeurs blanches et caries) quand elles ne sont pas trop abondantes, et quand elles n'occupent pas les viscères importants à la vie, tels que le poumon et le canal digestif. De quinze à trente ans, on arrive beaucoup plus difficilement avec les mêmes moyens de thérapeutique à la guérison de ces affections, alors même que la tuberculisation pulmonaire n'intervient pas. Quant à la scrofule des vieillards, elle est toujours incurable. Profitons donc des bonnes dispositions de

l'enfance, aidons la nature par tous les moyens inoffensifs que les observateurs consciencieux mettent à notre disposition ; mais prenons garde de trop attribuer aux agents locaux, et d'oublier que les modificateurs généraux empruntés à la médication scrofuleuse et à l'hygiène ont souvent dans la guérison une plus grande part que les moyens chirurgicaux.

Il ne sera pas inutile de rappeler à l'appui de la candidature de M. Gillebert, qu'il a déjà envoyé à la Société un autre travail sur le mode d'action des pessaires, travail sur lequel un rapport a dû être fait par une autre commission.

Nous vous proposons :

1° De remercier M. Gillebert d'Hercourt de sa communication ;

2° D'envoyer son travail au comité de publication ;

3° D'inscrire le nom de M. Gillebert d'Hercourt sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Une discussion s'engage à la suite de ce rapport.

M. CHASSAIGNAC. Je ne partage pas l'opinion de M. Gillebert sur la question du redressement. Lorsqu'on étudie sur une série de pièces anatomiques le mécanisme de la consolidation de la colonne vertébrale à la suite du mal de Pott, on voit que les vertèbres adjacentes aux corps vertébraux détruits se rapprochent en avant pour combler la perte de substance, et c'est de ce rapprochement que résulte la gibbosité. La formation de la gibbosité, c'est-à-dire l'affaissement des corps vertébraux, semble donc être le *sine qua non* de la réparation des désordres que produit le mal de Pott, et toute tentative tendant à empêcher la déviation ou à la redresser par des moyens mécaniques paraît contraire au vœu de la nature. L'emploi des appareils orthopédiques, au surplus, n'est pas nouveau ; M. Jules Guérin y a eu recours aussi il y a une quinzaine d'années, et on lui a déjà fait les objections que je viens de reproduire.

Il y a un autre point sur lequel je suis en désaccord avec M. Gillebert d'Hercourt, je veux parler de l'immobilité. Je crois que le repos est nécessaire lorsqu'il y a de l'inflammation ou de la douleur. La station verticale en pareil cas pourrait être difficilement supportée ; en outre, lorsqu'un ou plusieurs corps de vertèbre sont profondément excavés, elle exposerait à la rupture, à la fracture de la colonne vertébrale, devenue trop faible pour supporter le poids du corps, accident dont les conséquences immédiates sont formidables. Mais lorsque la douleur est nulle ou légère, lorsque la déformation a cessé de faire des progrès, et que la colonne vertébrale paraît commencer à se conso-

lider, alors il est utile de faire lever les malades. Le poids du corps favorise d'ailleurs l'affaissement des vertèbres, qui est seul capable de combler la perte de substance.

A l'appui de la méthode de l'extension, l'auteur cite des cas où la paralysie des membres inférieurs a été améliorée ou guérie par suite de ce traitement; mais des améliorations ou des guérisons exactement pareilles s'observent aussi chez des sujets qui ne sont pas soumis à l'extension. J'ai soigné plusieurs malades chez lesquels la paralysie s'est montrée et a disparu à diverses reprises sans qu'il fût survenu aucun changement dans la courbure de l'épine. Je crains que M. Gillebert n'ait attribué à son traitement mécanique des résultats qui dépendaient d'une cause toute différente.

M. le rapporteur, en parlant du traitement général, a vanté les effets du phosphate de chaux administré à l'intérieur dans le but de favoriser le travail réparateur de l'ossification. Je n'ai pas sur ce point d'expérience personnelle; mais je me demande ce que l'on peut attendre du phosphate de chaux. Espère-t-on que le sang, saturé de ce sel, le déposera dans le point où on désire obtenir une ossification? Mais, l'économie tout entière étant saturée au même degré, des ossifications devraient se produire partout. Suppose-t-on qu'il y ait une affinité élective entre le phosphate calcaire et le point altéré du squelette? Cela serait admissible, à la rigueur, s'il s'agissait de l'une des affections qui ramollissent le tissu osseux en le privant de ses principes inorganiques; on pourrait chercher à rendre à ce tissu les éléments qu'il a perdus; mais ici il s'agit d'une carie ou d'une affection tuberculeuse, et dans l'un et l'autre cas les sels calcaires conservent leurs proportions normales. Voilà pour les raisons théoriques qui ont conduit les praticiens à essayer l'emploi du phosphate de chaux. Restent les arguments tirés de l'expérience clinique; mais je les attends encore, car les faits invoqués par M. le rapporteur ne m'ont pas convaincu.

M. GOSSELIN. Je me suis fait la même objection que M. Chassaignac sur la difficulté de la consolidation en ligne droite, et je verrais comme lui de graves inconvénients à établir tout à coup un grand écartement entre les vertèbres qui limitent le foyer. Le travail de réparation peut être jusqu'à un certain point comparé à la consolidation des fractures. Des fragments trop écartés ne se réunissent pas, mais un léger intervalle ne s'oppose pas à la formation du cal. Le redressement, tel que l'opère M. Gillebert d'Hercourt, n'est pas instantané; il est lent et graduel; et lorsqu'une nouvelle traction tend à agrandir l'intervalle qui sépare les fragments, cet intervalle est déjà diminué par le dépôt

d'une couche de substance osseuse intermédiaire. En agissant ainsi, on n'empêche pas la consolidation, et on obtient une soudure épaisse, constituée par une masse osseuse qui remplace en tout ou en partie celle qui a été détruite par la maladie.

Quant à la question du phosphate de chaux, je serai moins affirmatif. Elle est difficile à résoudre par l'observation clinique, et si on me demandait des preuves, je ne pourrais pas en donner. Je puis affirmer, toutefois, que ce moyen n'est nullement dangereux. J'en conçois, d'ailleurs, l'efficacité, puisqu'il y a un travail d'ossification pour lequel il faut bien que le sang fournisse du phosphate de chaux. J'ai administré ce médicament dans les fractures des membres. Il m'a paru que la consolidation était un peu plus rapide. En tout cas, il n'y a aucun inconvénient à faire prendre du phosphate de chaux aux malades qui sont appelés à faire les frais d'un travail d'ossification.

M. HOUEL. M. Gosselin vient de comparer la réparation des corps vertébraux, détruits par le mal de Pott, au travail de consolidation des fractures ; il a parlé d'une sécrétion osseuse qui se formerait dans le foyer du mal et comblerait plus ou moins complétement la perte de substance. Cela est en opposition avec les résultats de l'anatomie pathologique. Dans tous les cas où la consolidation (je ne dis pas la guérison) a lieu sans affaissement des vertèbres, on trouve que cette consolidation est constituée par des stalactites osseuses, par des jetées périphériques embrassant les deux corps vertébraux correspondants, et formant autour du foyer comme une espèce d'étui plus ou moins complet. Quant au foyer lui-même, il est comblé quelquefois par des dépôts de graisse, souvent on y trouve des cavités pleines de pus; mais le cal intérieur, ne se forme jamais.

M. GUERSANT. M. Gosselin admet que les maladies de la colonne vertébrale guérissent mieux chez les jeunes enfants que chez les sujets plus âgés. C'est tout à fait contraire à l'opinion que j'ai émise ici tout récemment; et c'est contraire aussi aux résultats généraux de l'expérience. Il n'y a pas de règle sans exception. Il y a des cas heureux; certains enfants guérissent très-bien; mais, je le répète, c'est une exception.

M. BROCA. Dans la dernière séance, lorsque M. Gosselin nous a annoncé son rapport, j'avais cru comprendre qu'il s'agissait d'un nouveau traitement des abcès par congestion consécutifs aux altérations des vertèbres. S'il en était ainsi, j'attacherais beaucoup d'importance aux deux guérisons citées par M. Gillebert d'Hercourt à l'appui de sa méthode.

Mais il s'agit de tout autre chose. Ce ne sont pas des abcès par congestion, ce sont de simples maladies de Pott qui ont été guéries, ce qui est bien différent. Le mal de Pott donne quelquefois lieu à la formation d'abcès; mais très-souvent aussi il n'a pas cette conséquence, et les cas de cette dernière catégorie sont tellement communs que Pott, dans ses deux mémoires, n'a pas signalé la possibilité de la formation d'une poche purulente ; il a même distingué l'affection qu'il a décrite de celle qui fait naître les abcès par congestion.

Le traitement adopté par M. Gillebert-d'Hercourt s'adresse donc à un état pathologique dont la curabilité est depuis longtemps démontrée. Il n'est personne qui ne connaisse un grand nombre d'individus guéris du mal de Pott. La presque totalité des bossus dont la gibbosité est médiane ou anguleuse, sont des exemples de guérisons obtenues par les traitements les plus divers, ou même sans aucun traitement. Le nombre de ces guérisons est même beaucoup plus grand que ne semble l'indiquer le nombre des bossus. La gibbosité n'est apparente à l'extérieur que lorsqu'elle est très-prononcée et qu'elle résulte d'une destruction étendue des corps vertébraux. Mais lorsque l'affaissement est moins considérable, la gibbosité consiste seulement en une légère saillie d'une apophyse épineuse, et les cas de ce genre sont très-fréquents. Tous les chirurgiens savent qu'il faut en tenir compte dans le diagnostic des fractures de la colonne vertébrale. Je répète donc que la guérison du mal de Pott est un fait commun, vulgaire et connu même bien avant les travaux du chirurgien anglais.

Lorsqu'on interroge les individus ainsi guéris à la faveur d'une gibbosité, sur le traitement qu'on leur a fait subir, les uns racontent qu'ils ont été traités par des cautères ou par des médicaments internes ; mais d'autres, et c'est peut-être le plus grand nombre, n'ont fait aucun traitement régulier; ils ont à peine gardé le lit pendant quelque temps; quelques-uns même n'ont pas cessé de se lever et de prendre de l'exercice. En présence de ces faits, on peut se demander jusqu'à quel point l'immobilité est nécessaire, jusqu'à quel point le traitement de M. Gillebert d'Hercourt a pris part à la guérison des deux malades dont M. Gosselin nous a retracé l'histoire.

Je me rallie pleinement aux remarques de MM. Chassaignac et Houel sur la question du redressement et de l'écartement des corps vertébraux. Quant au phosphate de chaux, je ne vois guère comment on a pu en constater l'efficacité. La fréquence des guérisons obtenues sans aucun traitement permettrait déjà d'émettre des doutes, et ces doutes s'accroissent encore lorsqu'on songe que d'autres agents thérapeutiques,

dont l'action est démontrée, ont été mis en usage en même temps que le phosphate de chaux.

M. GOSSELIN. Je répondrai d'abord à M. Houel que la soudure par ossification centrale s'observe quelquefois sur la colonne vertébrale. J'ai vu des pièces sur lesquelles, à travers le disque détruit, il y avait soudure et fusion entre deux vertèbres superposées.

Je reconnais avec M. Broca que de tout temps on a vu guérir sans abcès des individus affectés du mal de Pott. Mais ces individus, sans doute, n'avaient pas présenté les accidents de douleur et de paralysie qui existaient chez les malades de M. Gillebert-d'Hercourt, et qui ont été améliorés par l'immobilité et l'extension. M. Gillebert pense d'ailleurs que son traitement est avantageux dans tous les cas, même lorsqu'il y a un abcès. Il cite un cas où un abcès par congestion s'est résorbé, et il est disposé à croire que sa méthode est pour quelque chose dans ce résultat favorable.

M. MARJOLIN. J'appuie la distinction que M. Broca établissait tout à l'heure entre le mal de Pott et les abcès par congestion. Il me paraît certain que les individus qui guérissent spontanément en conservant une gibbosité, ont une altération particulière du système osseux, différente de celle qui donne lieu aux abcès par congestion, car les cas où le mal de Pott se complique d'abcès sont relativement assez rares. Rien n'est commun comme de rencontrer des bossus chez lesquels l'existence d'une ancienne maladie des vertèbres est attestée par de nombreuses cicatrices de cautères ou de moxas, et chez lesquels cependant il n'y a jamais eu d'abcès. Le traitement par les cautères, pour le dire en passant, me paraît le meilleur de tous. Je ne lui reconnais pas seulement l'avantage d'agir comme moyen dérivatif sur l'affection du squelette; il a en outre celui d'intimider les enfants, de les faire souffrir, et par là de diminuer leur funeste penchant à la masturbation. Quoi qu'on en ait dit, la masturbation exerce une influence très-réelle sur la production des maladies de la colonne vertébrale. La plupart des enfants atteints du mal de Pott offrent un développement extraordinaire des organes génitaux, témoignage non douteux de leurs habitudes vicieuses.

Relativement à la question du repos et du mouvement, je reconnais avec M. Chassaignac qu'il y a une période où il importe de tenir les malades couchés, et une seconde période où il est utile au contraire de les faire marcher. Mais le diagnostic de ces deux périodes est très-difficile, car on ne sait jamais où en est la lésion du squelette. Je pense donc que d'une manière générale il faut insister sur la nécessité du repos au lit. C'est le meilleur moyen d'éviter non-seulement ces espèces

de fractures dont parlait M. Chassaignac, mais encore ces affaissements rapides à la suite desquels on voit le plus souvent paraître des abcès par congestion.

Après de courtes remarques échangées entre MM. Gosselin et Guersant sur le pronostic du mal de Pott chez les enfants, la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Gangrène simultanée des deux pieds ; nécrose consécutive des os de chaque jambe ; double amputation au tiers moyen.

M. LARREY présente à la Société les extrémités osseuses des deux jambes d'un nègre, qui a subi une double amputation dans des circonstances assez remarquables. En voici l'exposé, d'après une note adressée à M. Larrey, avec les pièces anatomiques, par le docteur Afflatet, aide-major aux ambulances de l'armée d'Afrique.

« Le nommé Braïk, esclave nègre, âgé de dix-huit ans, doué d'une forte constitution, fut atteint en novembre 1856 de douleurs vives dans les deux pieds, soit par les fatigues de sa condition, soit par toute autre cause. Voulant se débarrasser de ces douleurs devenues insupportables, il eut recours à un médicastre arabe, qui lui fit prendre un pédiluve dans la décoction d'une plante résineuse et irritante, présumée la sabine. Le résultat en fut si violent que les deux pieds, frappés de gangrène, se détachèrent simultanément des jambes, au niveau des articulations tibio-tarsiennes. Ce malheureux nègre essaya pendant six mois de faire cicatriser ses plaies avec diverses plantes du pays ; mais n'y réussissant pas, il se décida enfin, dans les premiers jours de mai 1857, à entrer à l'hôpital militaire de Milianah. Il se trouvait d'ailleurs dans de bonnes conditions de santé.

» L'examen de ses jambes fit constater la plus grande similitude dans la mutilation de chacune d'elles. Les extrémités articulaires des os, dénudées dans une étendue de 40 millimètres environ, étaient atteintes de nécrose, avec tendance à l'élimination spontanée des séquestres, au niveau du périoste exostosé et des parties molles épaissies. Il en résultait une sorte de bourrelet hypertrophique considérable au-dessus des saillies osseuses. Les chairs étaient couvertes de bourgeons fongueux, d'où s'écoulait un pus sanieux et fétide. Une myriade de vers existait enfin au fond de chaque plaie.

» L'amputation des deux jambes au tiers moyen fut pratiquée en même temps, cinq jours après, par M. Brunet, aide-major de l'hôpital. Cette double amputation n'a rien offert de notable; on avait chloroformé le sujet; la réaction a été presque nulle, et la cicatrisation s'est

effectuée en vingt-cinq jours. Les moignons, devenus réguliers, n'avaient pas encore été soumis à un moyen de prothèse, lorsque ces renseignements nous ont été adressés. On peut même craindre, comme dans les cas d'amputation des deux jambes, que l'application des membres artificiels ne soit ici très-difficile. »

La séance est levée à ciuq heures et demie.

Le secrétaire, Paul Broca.

Séance du 10 février 1858.

Présidence de M. Deguise fils.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Double amputation médio-tarsienne sans élévation des talons. — **M. Broca** présente un homme âgé de cinquante-six ans, qui a perdu depuis longtemps les deux avant-pieds par suite de la congélation. Cet accident lui est arrivé lorsqu'il n'avait que dix ans. On le porta à l'hôpital de Fougères (Ille-et-Vilaine). Les orteils et les métatarsiens se détachèrent spontanément. Mais le chirurgien, M. Pierret, fut obligé au bout de quelques mois de pratiquer une opération sur chaque pied pour enlever des os qui tenaient encore solidement et qui faisaient saillie au delà des chairs. L'ablation de ces os fut faite sans le secours de la scie, au moyen d'une très-forte pince et d'un bistouri, qui servit ensuite à régulariser les lambeaux formés par les parties molles. C'est du moins ce que raconte l'opéré, dont les souvenirs paraissent très-précis.

Les deux pieds furent opérés à quinze jours d'intervalle. A droite, il ne survint aucun accident; mais à gauche il se forma plusieurs abcès jusque dans le talon. L'un de ces abcès, situé à la partie postérieure et interne du calcanéum, resta ouvert pendant trois ans, et à plusieurs reprises des fragments d'os furent rejetés à travers l'ouverture. Dès la fin de la première année toutes les plaies étaient guéries, excepté celle du talon gauche, et le petit malade commença à marcher avec des béquilles; mais ce fut seulement deux ans plus tard, lorsque le talon fut cicatrisé, qu'il put s'appuyer sur son pied, et il s'écoula encore près de deux années avant qu'il pût marcher sans le secours d'un bâton. Ainsi la guérison n'a été complète qu'au bout de cinq ans.

Quarante ans environ se sont écoulés depuis cette époque. Pendant longtemps cet homme a exercé la profession de tailleur. Depuis neuf

ans, il a quitté l'aiguille, et s'est fait joueur d'orgue ambulant. Il traine toute la journée dans les rues de Paris un orgue assez lourd monté sur une petite charrette. Ce changement de profession ne lui a pas été favorable, car l'année dernière il s'est formé dans le talon gauche, sous l'ancienne cicatrice, un abcès qui a été traité à l'hôpital Saint-Louis par M. Malgaigne, et qui du reste s'est refermé en quelques semaines. Depuis lors, la guérison ne s'est pas démentie.

En examinant attentivement les deux moignons, on trouve que du côté gauche il ne reste que le calcanéum et l'astragale; à droite, le moignon est un peu plus long, ce qui paraît dû à la présence du scaphoïde. Les deux articulations tibio-astragaliennes jouent très-librement. Les deux talons sont du reste parfaitement horizontaux. On n'aperçoit pas la moindre tendance à l'élévation de l'apophyse postérieure du calcanéum. L'amputé marche sans aucun moyen de prothèse. Sa chaussure consiste en un cylindre de cuir terminé par une semelle circulaire.

Quoique dans ce cas l'intervention chirurgicale ait été fort restreinte, il est clair que, sous le rapport des résultats, ces deux amputations, celle de gauche surtout, rentrent dans la catégorie des amputations de Chopart. Beaucoup de chirurgiens modernes ont considéré l'élévation du talon comme un accident à peu près inévitable à la suite de l'amputation médio-tarsienne. Plusieurs exemples contraires à cette opinion ont déjà été présentés à la Société depuis quelques années. Le fait actuel dépose dans le même sens.

M. RICHARD pense qu'on pourrait rendre la marche beaucoup plus facile en adaptant à chaque moignon un avant-pied articulé.

— M. VERNEUIL présente deux enfants qui ont subi des amputations du pied.

Double amputation médio-tarsienne sans élévation du talon. — M. VERNEUIL présente deux enfants qui ont subi des amputations du pied. L'un d'eux, garçon, âgé de huit ans, a eu autrefois la partie antérieure des deux pieds sphacélée par congélation. La guérison, abandonnée à elle-même, a donné naissance des deux côtés, surtout à gauche, à ce mode de cicatrisation vicieuse, que M. Verneuil a décrite sous le nom de *conicité du moignon après les mutilations du pied.* (Voir Quesnet, thèses de Paris, août 1857.)

Pour remédier à cet inconvénient, M. Verneuil a extirpé une partie des os du pied gauche, de manière à faire une amputation de Chopart secondaire. La cicatrisation, qui ne s'est opérée que lentement, est an-

jourd'hui complète et le moignon très-satisfaisant ; il n'y a point d'ascension de la partie postérieure du talon, et le membre est très-apte à supporter directement le poids du corps. On trouvera les détails complets de cette observation dans la thèse précitée.

M. Verneuil fait remarquer que chez le malade de M. Broca, et chez l'enfant qu'il a présenté lui-même, il n'y a pas de renversement du talon, quoique chez chacun de ces deux sujets un des moignons au moins présente toutes les conditions anatomiques de l'amputation de Chopart.

Chez les deux sujets, la mutilation était due à une cause externe. Or, c'est presque toujours dans ces conditions étiologiques que le moignon de l'amputation médio-tarsienne échappe à l'élévation du talon, qui rend si souvent inutile et même nuisible cette brillante opération.

M. Verneuil présente ensuite une petite fille à qui il a pratiqué la désarticulation tibio-tarsienne. Voici cette observation :

Amputation tibio-tarsienne pour une affection organique des os du tarse et du métatarse. Guérison à peu près complète.

Lequeux (Céleste), âgée de dix ans, demeurant rue du Caillou, 6, à Clichy, est entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie, le 11 juillet 1857. C'est une fille d'assez faible complexion, qui ne peut donner sur ses antécédents que des renseignements peu précis. Elle sait seulement que la maladie a débuté en 1854, par une douleur dans le pied gauche, suivie d'abcès qui aujourd'hui sont convertis en trajets fistuleux. Elle ne présente en aucun autre point du corps de manifestations scrofuleuses. La santé générale est médiocre, la marche est rendue impossible par l'état local du pied. Cet organe, en effet, offre un gonflement assez notable vers la partie moyenne de sa longueur; trois trajets fistuleux situés sur la face dorsale au niveau du métatarse donnent issue à une suppuration assez abondante, et conduisent le stylet sur des os dénudés et ramollis, que l'instrument traverse aisément comme dans les caries ordinaires. On constate ainsi l'altération de l'extrémité postérieure des métatarsiens, et probablement des os de la région antérieure du tarse. Mais tout porte à croire que le scaphoïde, le calcanéum et l'astragale sont sains. La suppuration, qui dure depuis longtemps, affaiblit la constitution, la douleur rend le repos complet à peu près forcé ; enfin, après mûres réflexions, le sacrifice du pied paraît indispensable. Parmi les diverses amputations auxquelles on peut songer, je m'arrête à la désarticulation sous-astragalienne, espérant concilier le double principe d'opérer dans une région saine et de conserver au membre le plus de longueur pos-

sible. Je rejette l'amputation de Chopart, à cause de ses mauvais résultats dans les affections organiques des os du pied.

L'enfant étant convenablement préparé par les bains, les purgatifs et un régime réparateur, l'opération est pratiquée le 22 juillet. Je mets en usage le procédé que M. J. Roux emploie pour l'amputation tibio-tarsienne, avec la modification que j'ai proposée pour la division du ligament inter-osseux astragalo-calcanéen. Les premiers temps de l'opération n'offrirent aucune difficulté; mais en détachant les parties molles de l'extrémité postérieure du calcanéum, je remarquai que le scalpel pénétrait très-facilement le tissu de cet os. Le ramollissement rendant la dissection du lambeau plus laborieuse, je coupai le calcanéum en travers, un peu au-devant de l'apophyse postérieure, et j'enlevai ensuite celle-ci, qui avait conservé une résistance assez grande et présentait la forme d'une coque concave. L'artère tibiale postérieure avait été soigneusement ménagée dans l'épaisseur du lambeau; trois petites artères furent liées, et il ne restait plus qu'à réunir.

Cependant, je conçus quelques soupçons sur l'intégrité de l'astragale, d'abord à cause de l'altération du calcanéum, puis, parce qu'en disséquant le lambeau du côté de la face dorsale, j'avais remarqué que l'induration du tissu cellulaire remontait, contre mes prévisions, jusqu'au niveau de l'interligne tibio-tarsien. L'astragale cependant, à la vue, paraissait sain, les cartilages de ses facettes diarthrodiales étaient brillants et nacrés; le tissu osseux était cependant d'un rouge assez foncé à l'intérieur. La surface fut soigneusement explorée avec un stylet, qui, du côté externe, rencontra un point ramolli et put sans peine traverser l'os de part en part. Je le saisis pour l'extirper avec un davier, puis avec les doigts. La pression exercée eut pour résultat l'affaissement de l'os qui renfermait dans son centre une collection purulente.

J'explorai minutieusement l'extrémité articulaire des os de la jambe, qui me parut en bon état. Je ne réséquai pas les malléoles à cause de leur peu de saillie et de l'âge du sujet, et je rapprochai les lèvres de la plaie. Le lambeau, ayant été taillé pour l'amputation sous-astragalienne, se trouvait par la soustraction de cet os d'une ampleur exubérante. Je crus inutile néanmoins de le réséquer, parce que je pense, contrairement à l'opinion de quelques chirurgiens anglais, que jamais dans les amputations partielles du pied le lambeau n'est trop grand quand il ne renferme que des parties saines et que sa vitalité est suffisamment assurée.

Je fixai donc le lambeau à l'aide de six points de suture entortillée, en

laissant en dehors un espace libre pour l'écoulement du sang et de la sérosité que la vaste plaie allait fournir. — Pour leur pansement, application de compresses imbibées d'eau fraîche sur le moignon, qui reposait convenablement élevé sur un coussin mou.

Le chloroforme avait été administré, et amena après le réveil quelques vomissements bilieux ; une réaction fébrile très-vive suivit immédiatement l'opération, mais sans malaise général. Le soir, l'enfant mangea avec plaisir une côtelette de mouton. Un verre d'eau rougie pris après le repas fut seul vomi. La nuit fut un peu agitée.

Le lendemain, le moignon est en bon état. Les applications froides ayant été mal faites, je les remplace par des cataplasmes tièdes. L'enfant accuse des douleurs vives quand on touche l'extrémité du membre. Le pouls est toujours rapide et plein ; mais l'état général est très-satisfaisant ; il n'y a ni céphalalgie, ni soif, ni symptômes gastriques quelconques. — Bouillons, potages.

Le 24, j'ôte deux épingles, ce qui permet l'issue par la plaie d'un peu de sanie purulente. Même état général. L'alimentation est continuée, parce que, malgré la fièvre, l'appétit est conservé.

Le 25, ablation de deux autres épingles ; moignon très-beau, sans rougeur ni traces d'inflammation. La douleur au toucher a disparu. La fièvre est tombée. Les ganglions verticaux de l'aine sont un peu tuméfiés et sensibles. — Un purgatif salin est administré.

Le 27, état général excellent. Les deux dernières épingles sont enlevées ; la réunion immédiate s'est effectuée à la partie interne de la plaie ; elle manque ailleurs, mais des bourgeons charnus de belle apparence s'élèvent sur chaque lèvre opposée, et font espérer une cicatrisation rapide. L'enfant remue sa jambe sans douleur et la couche sur le côté externe, ce qui facilite l'écoulement au dehors d'un peu de pus de bonne nature. Les ganglions inguinaux sont à peine perceptibles. Le lambeau est fortement revenu sur lui-même, et ne paraît plus trop grand. Apyrexie complète, bon appétit. Deux côtelettes par jour sont mangées avec plaisir et très-bien digérées.

Tout allait pour le mieux au neuvième jour (30 juillet), quand l'enfant est prise de malaise, avec fièvre, anorexie, soif, enduit de la langue, sensibilité du ventre ; deux épistaxis. On voit apparaître sur la jambe des taches rouges qui ne rappellent franchement ni l'érysipèle, ni l'angioleucite.

Je ne sais comment caractériser l'état général qui s'ensuivit pendant près de douze jours. Du côté de la jambe, les taches rouges s'étendaient par place, isolées, sur la totalité du membre, à la manière de l'érysi-

pèle ambulant, sans présenter ni le liséré jaune, ni l'élévation de la marge, ni l'engorgement ganglionnaire concomitant, qui sont les signes habituels de cet exanthème. Pendant ce temps il y eut encore plusieurs épistaxis, anorexie, hébétude, fièvre sans frissons, soif, enduit de la langue, ballonnement du ventre; si bien que, n'eût été la circonstance d'une opération et l'état local du membre, je n'eusse point hésité à diagnostiquer une fièvre typhoïde de médiocre intensité. Les purgatifs salins, les boissons acides, les lavements, la diète, les préparations de quinquina, furent opposés à la maladie générale. L'axonge en frictions, les cataplasmes, puis la poudre d'amidon, furent appliqués successivement sur la jambe, et enfin tout se calma vers la fin du second septénaire.

La plaie n'avait pas beaucoup souffert de cette affection intercurrente. La suppuration avait diminué, la réunion s'était arrêtée, et toute la portion agglutinée en neuf jours s'était séparée. Le lambeau avait continué à s'atrophier, et, entraîné par son propre poids, il tendait à se porter en arrière, ce qui faisait bâiller la plaie antérieure. Cette disposition fut combattue, non sans quelque peine, par l'application convenable de bandelettes agglutinatives et par la position.

Enfin, vers le 15 août, le travail de cicatrisation reprit son cours et marcha si bien, que tout paraissait réuni à la fin de ce mois, à l'exception de deux points, l'un situé un peu en arrière de la malléole péronière, l'autre à la partie moyenne et antérieure de la plaie. Le stylet, introduit à plusieurs reprises par ces pertuis, ne put jamais découvrir la cause qui entretenait la suppuration. Jamais on ne trouva les os dénudés. Quoi qu'il en soit, ces orifices ne sont pas encore cicatrisés, quoique depuis bien longtemps le rétablissement soit complet.

Aujourd'hui 10 février, le moignon est arrondi, régulier, renflé en massue. Le lambeau forme à son extrémité un coussinet très-épais, bien nourri, formé par la peau du talon. La ligne de réunion est située à plus de 2 centimètres du sol quand l'enfant pose le moignon à terre. L'extrémité inférieure des os de la jambe paraît un peu plus volumineuse que dans l'état normal; mais on ne peut guère distinguer les saillies des malléoles, à cause de l'épaisseur des parties molles. On voit encore sur la ligne de réunion deux pertuis très-fins recouverts d'une croûte légère. M. Marjolin, aux soins duquel cette enfant est soumise depuis longtemps, a exploré souvent ces fistules, et n'a jamais découvert la cause qui les entretient.

Du reste, la pression, même forte, exercée sur tous les points de ce moignon, n'est nullement douloureuse, et l'enfant peut marcher sur

l'extrémité amputée sans éprouver la moindre douleur. La santé générale est très-bonne, et rien ne révèle maintenant l'existence de lésions viscérales ni d'affection d'un point quelconque du squelette. Toutes ces circonstances permettraient sans doute de considérer ce fait comme un exemple de succès complet, si l'expérience ne montrait avec quelle réserve il faut admettre la guérison radicale après les amputations partielles du pied. Sept mois sont un laps de temps trop court pour qu'on puisse affirmer que le moignon pourra dans la suite servir à la progression.

Pour assurer le succès définitif de cette opération et pour prévenir autant que possible la récidive de l'altération osseuse dans l'extrémité des os de la jambe, il serait utile, je crois, de soustraire encore pendant longtemps ces os à la pression. Pour cela il conviendrait de faire marcher l'enfant avec un membre artificiel prenant son point d'appui sur l'ischion, la jambe restant dans l'extension. Plus tard, quand l'état du squelette ne donnera plus d'inquiétude, on pourra permettre la marche sur l'extrémité même du membre, à moins qu'on ne préfère mettre en usage l'ingénieux appareil de M. Valette (de Lyon).

Je n'ajouterai qu'une seule remarque à cette observation, quoique la présence de trois fistules ouvertes sur la moitié antérieure du dos du pied laissassent croire que les os de la première rangée du tarse étaient sains. L'examen anatomique de la partie amputée a fait voir que l'altération avait envahi tous les os courts. J'en ai été averti surtout par le ramollissement du calcanéum. Si j'avais pratiqué l'amputation de Chopart, dont l'exécution est, comme on le sait, extrêmement facile, l'état des cartilages aurait pu me faire croire à l'intégrité complète du calcanéum et de l'astragale, et j'aurais ainsi conservé dans le moignon deux os profondément altérés, qui auraient inévitablement reproduit le mal et nécessité plus tard une amputation secondaire. Cette propagation si commune de l'ostéite à la totalité du tarse, lorsque la carie est ancienne, est la cause qui milite le plus contre les amputations partielles du pied, dans lesquelles on est trop parcimonieux, par un motif légitime sans doute, mais trop souvent imprudent et dangereux.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Rouault (de Rennes) adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, une observation de tumeur du cou, chez une femme âgée de 58 ans. Commission : MM. Monod, Larrey, Houël.

M. Giraldès dépose sur le bureau le tome VIII[e] des Mémoires de la

Société pathologique de Londres, adressé par le conseil de la Société. Une lettre de remercîments sera adressée au président de la Société.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Gosselin. — M. LENOIR. Je prie M. le rapporteur de nous dire avec précision en quoi la méthode conseillée par M. Gillebert d'Hercourt diffère de celles qu'on connaissait jusqu'ici ? — Le traitement du mal de Pott par l'immobilité n'est certainement pas nouveau, c'est celui que j'ai toujours employé ; il est même, je pense, adopté par la plupart des chirurgiens. Quant à l'extension continue destinée à redresser les gibbosités, elle est fort peu usitée sans doute, mais elle n'est pas nouvelle non plus. Elle a, d'ailleurs, de graves inconvénients qui ont déjà été signalés ici. Au lieu de combattre la gibbosité, il est bien préférable de la prévenir, et on y réussit très-bien en tenant les malades couchés sur un plan plus dur que les lits ordinaires. Je rappelle à ce propos l'exemple de Murat, chirurgien de l'hôpital de Bicêtre, qui réussit par ce moyen à se guérir entièrement d'un mal de Pott qui avait produit sur les corps vertébraux une perte de substance assez étendue. La guérison eut lieu à la faveur d'un raccourcissement très-notable, mais presque sans gibbosité.

Ce qui me paraît le plus important dans le travail de M. Gillebert, c'est le moyen auquel il a recours pour remédier aux inconvénients de l'immobilité prolongée, si fâcheuse chez les enfants. — Il soumet ses petits malades à l'action des bains d'air comprimé, imaginés par feu Pravaz. J'ai constaté par moi-même les heureux résultats de ces bains, qu'on ne trouve malheureusement que dans un établissement spécial.

M. GOSSELIN. M. Gillebert d'Hercourt ne se donne point comme l'inventeur du traitement par l'immobilité, puisqu'il cite dans son mémoire les auteurs qui l'ont recommandé. Il indique aussi les tentatives de redressement par extension qui ont été faites avant lui par plusieurs chirurgiens. La méthode qu'il conseille ne peut donc pas être considérée comme nouvelle, mais il est certain que l'extension est très-généralement abandonnée, et que l'immobilité compte parmi les modernes plus d'adversaires que de partisans. Le mérite de M. Gillebert est d'avoir repris ces deux indications et d'avoir démontré l'utilité d'une méthode qu'on a eu tort d'abandonner.

M. VOILLEMIER. La méthode de l'extension n'est pas aussi généralement abandonnée que le pense M. Gosselin. Les chirurgiens anglais y ont encore recours dans certains cas. Ils emploient l'immobilité, l'extension ; le décubitus sur le ventre avec des tractions permanentes exercées en sens inverse sur le bassin et sur les épaules. J'ai connu un

maître d'anglais qui traitait ainsi sa fille d'après les conseils d'un chirurgien de son pays. Il y avait une destruction très-étendue des corps vertébraux. La jeune fille était couchée sur le ventre et fixée dans son lit ; et le père, matin et soir, exerçait avec la paume de la main une pression prolongée sur la saillie de la gibbosité. Cette manœuvre produisait un cliquetis osseux très-manifeste.

Moi-même j'ai donné des soins à un vieillard de 66 ans que M. Michon a vu avec moi. La colonne vertébrale fléchissait considérablement au niveau des vertèbres malades, et la station verticale augmentait encore l'incurvation. L'immobilité prolongée, à cet âge avancé, aurait eu de graves inconvénients. Je pris donc le parti de faire marcher le malade sur des béquilles, et, par ce moyen, le poids du corps servit à faire l'extension.

Quant à l'indication de l'immobilité, elle est, je pense, généralement acceptée, et il n'était pas nécessaire de la renouveler. Seulement, tout en reconnaissant les avantages de l'immobilité, on sait qu'elle exerce, dans beaucoup de cas, une action très-fâcheuse sur la santé générale. On est donc souvent obligé, entre deux maux, de choisir le moindre, et c'est pour cela qu'on se décide, à regret, à faire lever les malades.

M. GOSSELIN. M. Voillemier vient d'expliquer pourquoi on a renoncé à l'immobilité ; il reconnaît donc que cette méthode est abandonnée comme méthode générale. D'ailleurs, il y a des chirurgiens, entre autres M. Nélaton, qui posent en principe qu'il faut toujours faire marcher les malades, afin que le poids du corps favorise l'affaissement des vertèbres et la production de la gibbosité. M. Gillebert professe une opinion diamétralement opposée. Il veut que dans tous les cas les malades soient tenus dans une immobilité complète. C'est une pratique qui est sinon nouvelle, du moins renouvelée par lui, et qui me paraît préférable à la pratique commune.

M. VOILLEMIER. Je trouve, au contraire, que la méthode suivie par M. Gillebert est très-défectueuse. Ses deux malades (car il n'en cite que deux) ont pu supporter sans accidents généraux une immobilité prolongée ; mais il n'en résulte pas que ce moyen soit sans inconvénients. Moi aussi j'ai souvent, et c'est toujours par là que je commence, condamné mes malades au décubitus dorsal prolongé ; mais j'ai vu leur santé générale s'altérer, et j'ai été obligé de les faire marcher. Je rejette d'ailleurs l'indication posée par M. Nélaton, et rappelée tout à l'heure par M. Gosselin. Le poids du corps n'est nullement nécessaire pour produire l'affaissement des vertèbres ; il est évident que si les corps vertébraux sont détruits ou ramollis, la contraction des muscles

longitudinaux est parfaitement suffisante pour combler le vide en rapprochant les fragments.

M. GOSSELIN reconnaît qu'il faudrait plus de deux faits pour sanctionner la méthode de M. Gillebert-d'Hercourt. Les observations ultérieures permettront seules de juger la question d'une manière définitive. A ce propos, M. Gosselin invite ses collègues à faire connaître les faits analogues ou opposés qui peuvent leur être connus. En attendant, il pense qu'on a beaucoup exagéré les dangers de l'immobilité prolongée. Quoi qu'on en dise, ce moyen est inoffensif, et les enfants le supportent très-bien.

M. BROCA ne partage pas l'opinion de M. Gosselin sur l'innocuité de l'immobilité. Aux inconvénients qui ont déjà été signalés, il faut en ajouter un autre qui n'est pas le moins fâcheux : c'est l'habitude de la masturbation, que les enfants contractent très-souvent lorsqu'on les tient constamment au lit, et qui contribue beaucoup à altérer leur santé.

M. GOSSELIN répond que les enfants atteints du mal de Pott sont ordinairement trop jeunes pour connaître ce vice, qui ne se développe guère avant l'âge de douze à treize ans.

La discussion étant close, les conclusions du rapport de M. Gosselin sont mises aux voix et adoptées.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Fractures en coin du tibia. — M. CHASSAIGNAC présente une pièce relative à ce genre de fracture, provenant d'un blessé qui était ivre lorsqu'on le porta à l'hôpital, et sur lequel on ne put obtenir aucun renseignement. Il avait une fracture de jambe ; en outre, selon toutes probabilités, il avait reçu un coup violent sur le ventre, car il mourut très-promptement d'une péritonite, sans avoir pu raconter son accident.

A l'autopsie on trouva sur l'extrémité inférieure du corps du tibia un trait de fracture très-oblique. Le fragment supérieur était terminé en pointe. Du sommet du V rentrant que présente le fragment inférieur part une fêlure oblique, qui paraît être la continuation du trait principal de la fracture. Une autre fracture tout à fait indépendante de la première, a détaché la malléole interne, qui a entraîné avec elle un éclat d'os large et superficiel.

M. GOSSELIN fait remarquer que cette pièce confirme les idées qu'il a déjà exposées à plusieurs reprises devant la Société sur les désordres produits par le grand fragment sur le petit dans les fractures de l'ex-

trémité inférieure du tibia. Le fragment supérieur, terminé en V, agit comme un coin sur l'angle rentrant du fragment inférieur, et y produit une fêlure. Cette pièce est identique à celles que M. Gosselin a déjà présentées à la Société.

M. HOUEL ne pense pas que la fêlure du fragment inférieur soit le résultat du mécanisme indiqué par M. Gosselin. Cette fêlure part du sommet du V et descend obliquement en contournant l'os comme une spirale. En outre on peut voir qu'elle est la continuation directe du trait principal de la fracture. M. Houel pense donc que cette forme se rapprocbe beaucoup de celle que Gerdy a décrite sous le nom de fracture spiroïde. Il y a des cas où le fragment supérieur produit des fêlures en pénétrant comme un coin dans le fragment inférieur, mais alors les fêlures sont irrégulières et ne sont pas situées exactement sur le prolongement de la fracture principale.

M. GOSSELIN a été conduit à son bypothèse par l'examen d'un grand nombre de pièces entièrement semblables à celles de M. Chassaignac. La similitude étonnante, l'identité même de toutes ces pièces est telle qu'on ne peut l'attribuer au hasard. Il faut donc qu'il y ait une cause mécanique toujours la même, agissant toujours de la même manière et produisant les mêmes effets. C'est pour expliquer l'uniformité de ces résultats que M. Gosselin a songé au mécanisme du coin.

Fracture par écrasement de l'extrémité inférieure du tibia. — M. CHASSAIGNAC présente ensuite une autre fracture de l'extrémité inférieure du tibia, qui s'est produite dans une chute sur les pieds. Le blessé, qui venait de tomber du troisième étage, fut d'abord porté à l'hôpital Beaujon, où on le soigna pendant quelque temps, et de là à l'hôpital Lariboisière. De très-graves complications ont forcé M. Chassaignac à pratiquer l'amputation de la cuisse deux mois après l'accident. La dissection du membre montre que le corps du tibia est fracturé transversalement à quatre travers de doigts au-dessus de l'articulation. Cette fracture pourrait être présentée comme un exemple de fracture en rave, n'était une esquille en forme d'aiguille, longue de près de 8 centimètres, qui est restée fixée sur le fragment inférieur. Celui-ci, écrasé par l'énorme pression du fragment supérieur, a éclaté en quatre fragments secondaires qui pénètrent dans l'articulation, et au milieu desquels le fragment supérieur est venu se placer. Cela n'a pu avoir lieu sans un raccourcissement très-considérable. Le péroné, à peu près au même niveau que le tibia, est le siége de deux fractures interceptant un fragment intermédiaire long d'environ 4 centimètres,

entièrement nécrosé, renversé horizontalement entre les deux fragments extrêmes, et emprisonné, quoique mort, dans le cal qui unit déjà ces deux derniers fragments.

Abcès intra-crânien. — M. CHASSAIGNAC présente enfin le crâne d'un palefrenier atteint probablement de farcin chronique avec abcès multiples, et mort avec des accidents cérébraux. On trouve sous la dure-mère, au niveau du trajet de la méningée moyenne, une plaque purulente concrète, semblable à une fausse membrane molle, longue de 8 centimètres, large de 3, épaisse de 4 à 5 millimètres, et ayant produit sur le tissu osseux une érosion dans laquelle elle est exactement reçue. La dure-mère, vue par sa face séreuse, paraissait à peine soulevée. Cette production purulente était déjà sans doute assez ancienne, puisqu'elle avait eu le temps d'éroder si profondément les os.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, PAUL BROCA.

Séance du 17 *février* 1858.

Présidence de M. DEGUISE fils.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. FORGET présente de nouveau le malade atteint de tumeur du gland, qu'il a déjà montré à la Société le 17 janvier dernier. L'iodure de potassium a depuis lors été administré régulièrement, et dans la dernière semaine, la dose a été portée à 4 grammes par jour. La tumeur au lieu de diminuer a paru plutôt s'accroître un peu. En revanche, le point qui paraissait en voie de ramollissement est devenu un peu plus ferme. Il n'y a pas d'ulcération. Néanmoins M. Forget pense qu'il ne faut pas attendre plus longtemps ; cette tumeur lui paraît être un cancroïde, il est disposé à en pratiquer l'ablation, et quoiqu'il fût possible de n'enlever que la production accidentelle, il croit qu'il sera préférable d'enlever le gland en totalité.

M. BOINET pense que le diagnostic peut rester douteux encore, malgré l'insuccès du traitement anti-syphilitique. Ce traitement n'a été fait que pendant trois semaines, et il serait peut être sage de le continuer encore quelque temps.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. GOSSELIN dépose sur le bureau, de la part de M. Gillebert-d'Hercourt, le coussin spécial que ce chirurgien place sous la gibbosité dans le traitement du mal vertébral.

Reprise de la discussion sur le mal de Pott. — A l'occasion du procès-verbal, M. BOUVIER revient sur le traitement du mal vertébral, et donne lecture du discours suivant :

Deux observations de redressement partiel de courbures rachidiennes causées par le mal vertébral de Pott, tel est le fond du mémoire de M. Gillebert d'Hercourt. Malgré l'intérêt réel qui s'attache à ces faits, votre rapporteur, M. Gosselin, vous a justement fait remarquer qu'ils sont incomplets; il leur manque la sanction du temps. Si j'avais pu prendre la parole avant le vote des conclusions, j'aurais proposé d'ajouter celle-ci : Inviter l'auteur à donner connaissance à la Société de la suite de ces deux observations.

Quoi qu'il en soit, ces deux faits, tels qu'ils sont, viennent s'ajouter à d'autres plus ou moins semblables, dont il faut les rapprocher pour fixer leur signification et leur valeur véritable. Il est bien compris maintenant, d'après les éclaircissements donnés dans la dernière séance, que M. Gillebert d'Hercourt n'a pas eu la prétention d'ouvrir une voie *nouvelle;* il n'a fait que suivre fructueusement et honorablement une voie tracée depuis longtemps.

Dès l'origine de l'orthopédie, on a songé à *redresser* les courbures du mal de Pott, et on n'a pas cessé de s'en occuper depuis ce moment jusqu'à nos jours. Je m'explique : je ne veux pas dire que cette méthode ait été et soit encore une pratique générale; loin de là; mais elle a toujours eu des partisans. Je pourrais accumuler ici les citations; je me bornerai à celles qui me tombent sous la main.

M. Gosselin a reconnu, comme moi, qu'avant le temps de Pott, plusieurs praticiens employaient déjà des procédés de redressement dans le mal vertébral; mais je ne puis lui accorder que ces procédés fussent tous *irrationnels et violents.*

Un garçon de quatorze ans tombe sur le siége; il est présenté quelques mois après à un médecin, qui observa, nous dit-il, tous les signes qui annoncent une perte de substance et une suppuration cachée dans les cartilages et les corps des deux dernières vertèbres du dos et de la première des lombes. Les apophyses épineuses de ces vertèbres, déjetées en arrière, faisaient une bosse. Ce médecin appliqua un appareil propre à *redresser* le tronc sans violence, à *gêner* ses mouvements, et prescrivit un repos continuel au lit « jusqu'à ce que, ajoute-t-il, les

» signes de l'ankylose des vertèbres altérées annonçassent leur réu-
» nion. » Ce traitement fut continué plus d'un an. Le malade guérit, en conservant une gibbosité.

Telle est, en raccourci, une observation que notre siècle ne désavouerait pas. Elle date pourtant de 1771 ; son auteur est un chirurgien de Rouen, nommé Aurran, qui a publié dans l'ancien *Journal de médecine* un mémoire sur les lésions par contre-coup, travail antérieur de huit ans au premier mémoire de Pott sur le mal vertébral : aussi n'y est-il pas question de cautères. Le mémoire d'Aurran contient plusieurs faits semblables. Qualifiera-t-on d'*irrationnelle* la méthode de l'auteur basée sur des principes que l'on proclame encore de nos jours?

J'ai parlé ailleurs de David, autre Rouennais, qui, avant 1779, mit un traversin sous le dos d'un pauvre jeune homme pour l'aider à redresser sa gibbosité. Ce n'était pas un moyen *violent.* Cependant le malade mourut, et David s'est bien reproché ce traversin. Je crois vraiment qu'il n'était pas plus dangereux que le ballon de M. Gillebert d'Hercourt.

Mais venons à des temps plus rapprochés de nous.

Le premier Traité des difformités publié dans le dix-neuvième siècle est celui de Jœrg (1816); il a eu les honneurs d'un plagiat d'une espèce rare. Un auteur français a imprimé sous son nom la traduction littérale de plusieurs chapitres, sans même prendre la peine de substituer la troisième personne à la première, quand le médecin allemand parlait de ce qu'il avait *vu.* Voici ce qu'on lit dans cet excellent ouvrage, celui de Jœrg, au sujet du redressement des courbures du mal vertébral.

« Quand on est assez heureux pour faire cesser (par le repos au lit et le traitement général) l'inflammation ou la suppuration des os et des parties molles, on peut s'occuper, s'il n'est pas resté d'ankylose, de diminuer peu à peu la courbure.... On n'y procède que lorsqu'on est bien sûr qu'il n'y a plus rien à craindre du côté des os, et, la carie étant supposée guérie, on traite la courbure comme celles qui proviennent d'une autre cause (au moyen du décubitus et d'un appareil faisant pression sur la gibbosité). »

Un autre Allemand, C. Wenzel, dans son ouvrage in-folio sur les maladies de la colonne vertébrale (1824), s'exprime comme il suit :

« Il est assez naturel de se figurer que, dans une courbure du rachis sur le côté *ou directement en arrière*, on doive parvenir à effacer la difformité par une pression mécanique suffisante sur la partie saillante. C'est aussi l'opinion de *beaucoup* de praticiens..... La courbure en arrière est certainement de celles où cette pression semble devoir agir

avec le plus d'efficacité. Cependant l'expérience montre le contraire, etc.»

Ce passage indique clairement que les nouveaux moyens orthopédiques de ce siècle étaient dès lors appliqués par beaucoup de personnes, en Allemagne, au redressement des courbures dépendant du mal de Pott.

Voyons ce qui se passait en Angleterre à la même époque.

Deux hommes, Harrisson et Bampfield, attachaient alors leur nom au traitement mécanique du mal vertébral.

Le premier joignait à la position horizontale, déjà vantée par Baynton, des extensions et contre-extensions et des pressions, soit momentanées, soit continues, sur la gibbosité. Ses premiers mémoires, qui remontent à 1820 et 1821, son livre, qui est de 1827, contiennent des histoires de redressement parfois peu croyables; mais, malgré l'indignation et les moqueries de Shaw, malgré l'ignorance de l'auteur, qui croyait avoir affaire à des subluxations vertébrales, il obtint un succès de *pratique* considérable, et qui plus est, il fit école. Voici deux charmants volumes, plus faits à la vérité pour les malades que pour les médecins, publiés en 1840 et 1849, après la mort de Harrisson, par deux de ses élèves, MM. Serny et Epps, ardents propagateurs de sa méthode. Vous y verrez des guérisons, avec figures, à faire pâlir nos plus déterminés redresseurs.

Bampfield était un autre homme; son ouvrage, imprimé en 1824, avait été couronné par la Société de médecine de Londres, et il était digne de cette haute récompense. Il nous a dotés, pour les courbures dont il s'agit, d'un moyen de redressement nouveau, du décubitus abdominal. Il y ajoutait des extensions momentanées et des pressions douces et continues sur la gibbosité, comme Harrisson, mais sans prétendre comme lui réduire des luxations imaginaires. Il a publié des cas de guérison de l'affection osseuse, avec diminution notable de la difformité.

L'idée de Bampfield prospéra, et vous voyez encore aujourd'hui en France, en Allemagne, en Angleterre, une foule de gibbeux perpétuellement la face contre terre, pour la plus grande rectitude de l'épine dorsale, et, ajoute-t-on, pour la plus grande commodité du pansement de ces ulcères *de la peau* si indispensables à la guérison *des os*. C'est ce qu'on appelle en Angleterre le *prone system*, méthode du coucher en pronation. Il a été publié tout un livre, en 1845, en l'honneur de cette méthode par M. J. Coles, qui en réclame l'*invention* au profit de Verral, celui-ci ayant mis en pratique le *prone couch* quelques mois avant Bampfield.

Le prédécesseur et le maître de M. Gillebert d'Hercourt, Pravaz, a rendu justice à Bampfield dès 1827, et a rapporté plusieurs de ses guérisons.

Cependant, même en Angleterre, il s'est trouvé depuis des gens qui se sont imaginés que leurs malades ne seraient pas plus mal sur le dos que sur le ventre. Je place sous vos yeux les ouvrages de MM. Samuel Hare (1838), Amesbury (1840), auteurs de procédés orthopédiques applicables au mal de Pott dans la *supination*, et véritablement leurs dessins de gibbosités redressées peuvent rivaliser avec les guérisons du système de la *pronation*.

J'ai hâte d'arriver à notre pays. Pravaz, dont je viens de parler, se moque de Harrisson; mais il loue Bampfield, et sauf les extensions et les pressions qu'il croit imprudentes, il recommande sa méthode comme parfaitement rationnelle, propre à « rétablir sans violence le rapport des parties. »

Déjà, dès 1826, mon vénéré maître Marjolin racontait, dans le *Dictionnaire de médecine* (art. *Orthopédie*), que la gibbosité d'une jeune fille avait éprouvé une diminution considérable par l'action d'un plan incliné, sur lequel d'Yvernois la tenait assujettie par la tête, de manière que le poids du corps opérait une extension faible mais continue.

Une sorte de frater de village, le Lorrain Humbert, qui a créé chez nous l'orthopédie rachidienne, comme le paysan Priessnitz a créé l'hydrothérapie, Humbert, dis-je, n'oublia pas les courbures postérieures dues au mal vertébral. Il a fait connaître, en 1838, par la plume du docteur Jacquier, une guérison dite *complète* d'une difformité de ce genre au moyen d'extensions légères, de pressions sur la gibbosité dans la position horizontale *en supination*, combinées avec l'usage de longues béquilles, d'un corset et d'un fauteuil orthopédiques.

Delpech n'a pas vu seulement dans le décubitus un moyen d'*immobiliser* les vertèbres malades; il a aussi songé à la courbure, et sa méthode avait réellement pour but de la redresser. « Un lit horizontal et dur, qui puisse servir, pour ainsi dire, de tuteur, peut bien, dit-il, déterminer le redressement de l'épine. Il serait même possible, ajoute-t-il, de voir décroître par ce même moyen des difformités de l'épine dont il s'agit ici, quoique très-avancées et fort anciennes. » Delpech a fait plus : il a donné la preuve clinique que son espoir s'était quelquefois réalisé. Je vous signalerai en particulier une observation consignée dans un ouvrage que le savant professeur de Montpellier a composé en commun avec Trinquier; non-seulement le petit malade a guéri, mais encore la saillie spinale devint « beaucoup moindre. »

Ce que je viens de dire de Delpech, il faut le dire de M. F. Martin, ce vétéran de l'orthopédie parisienne. Ce serait manquer de justice à son égard que de lui dénier l'*intention* de *redresser* les courbures du mal de Pott, quand la chose lui paraît possible. Il y a bien des années qu'il suit cette pratique. Quant aux résultats, vous en trouverez un échantillon dans une communication de ce praticien à la Société médico-pratique. (Voir l'*Union médicale* du 27 décembre 1853.) Son appareil produisant, dit-il, « une extension lente, continue, constante, toujours modérée, » a redressé ou amélioré des gibbosités plus ou moins fortes ; sur deux sujets, des abcès par congestion ont été résorbés.

Vous parlerai-je de moi-même ? J'y suis condamné, puisque mon excellent collègue M. Gosselin a bien voulu prononcer mon nom.

J'ai aussi formulé à une époque l'indication d'agir sur les courbures du mal vertébral pour les redresser peu à peu. Mon savant collègue et ami M. Chassaignac voulut bien, en 1841, être l'interprète de mes opinions d'alors, qu'il déclarait toutefois ne pas partager. Je disais qu'on pouvait employer les moyens orthopédiques après la cessation de l'état aigu du mal, surtout dans la courbure des lombes ou de la partie inférieure du dos, lorsque l'affection était devenue complétement indolente, lorsqu'elle n'avait jamais été accompagnée d'abcès ni de paralysie (Chassaignac, thèse de concours sur *l'appréciation des appareils orthopédiques*) ; et, ajouterai-je aujourd'hui, plutôt quand la gibbosité est arrondie que lorsqu'elle est très-anguleuse. J'apportais en preuve un cas qui m'était propre, dont j'ai parlé depuis dans mes *Leçons cliniques* de 1855 ; j'en place les dessins sous vos yeux. Mais, hélas ! ce fait est resté unique ; tout ce que j'ai pu obtenir dans d'autres essais, dans les cas les plus favorables, c'est que la difformité restât stationnaire. Vous comprenez que j'aie été peu disposé à continuer ces tentatives : c'est dans ce sens que je m'en suis expliqué dans mes *Leçons*. Je réserve les moyens redresseurs pour des cas exceptionnels, qui présenteraient des conditions analogues à celui que j'avais d'abord rencontré. Je reconnais d'ailleurs les immenses avantages de la position horizontale ; j'accorderai même qu'il est désirable qu'elle soit continuelle, tant qu'il ne se présente pas d'indication contraire.

Les deux observations de M. Gillebert d'Hercourt sont elles de nature à *trancher la question* en faveur des partisans de l'immobilité *quand même ?* Et, d'une autre part, prouvent-elles qu'il faille généraliser le moyen mécanique qu'il a mis en usage ?

Votre savant rapporteur vous a déjà judicieusement fait observer

que le succès, quant à l'état dynamique des sujets, eût été probablement semblable quand bien même ils n'eussent pas été soumis à un repos aussi absolu. J'ajouterai, au point de vue mécanique, que la série des faits que j'ai rappelés, et dans lesquels on voit le redressement produit par des procédés assez divers, ne permet pas d'attribuer ici une grande importance au *modus faciendi.*

Mais il y a plus : le travail de notre honorable confrère tendrait à prouver qu'à ses propres yeux, sa méthode n'est point susceptible d'être employée ou de réussir d'une manière générale. S'il en était autrement, ce n'est pas deux faits qu'il vous aurait présentés ; il en aurait eu dix, vingt, peut-être davantage, à vous offrir dans une affection aussi commune. Voyez les orthopédistes allemands ; voilà des hommes convaincus, qui croient en eux-mêmes et en l'excellence de leurs procédés ! Consultez certains *rapports* périodiques sur les malades confiés à leurs soins ; vous y verrez *tous* les gibbeux par mal vertébral livrés chaque année par dizaines, par centaines, à l'intervention de l'orthopédie. Aussi vous parle-t-on de *séries* de succès, c'est-à-dire de gibbosités détruites, comme celle-ci, représentée deux fois, dans un de ces rapports, à douze ans d'intervalle, pour montrer la persistance de la guérison.

Il faut convenir que notre nationalité aurait quelque peu à souffrir de la comparaison, si toute l'Allemagne était à cette hauteur. Heureusement il n'en est rien : le très-sage et très-éclairé docteur Heine, neveu de Cannstatt, par exemple, dans un rapport qui embrasse vingt-cinq années de sa pratique, se montre comme nous timide à l'endroit du mal de Pott, heureux comme nous quand la gibbosité ne devient pas trop considérable pendant son traitement, résolu comme nous à n'employer les appareils redresseurs, la simple pression à l'aide d'un coussin placé sous le tronc, qu'après la disparition des symptômes inflammatoires et la consolidation des os malades, époque à laquelle il a obtenu comme nous, dans certains cas exceptionnels, une diminution notable de la difformité.

M. Gillebert d'Hercourt préfère aux coussins ou pelotes ordinaires un ballon à air. M. Gariel, qui a fait tant d'heureuses applications des poches de caoutchouc, pourrait peut-être revendiquer sa part dans cette pratique ; mais un auteur plus ancien a dit ceci : « Il m'est arrivé, le patient étant couché sur le dos (et pendant qu'on pratiquait l'extension), de mettre sous la gibbosité une outre non gonflée, et d'insuffler, à l'aide d'un tuyau de forge, l'air dans cette outre sous-jacente ; mais cet essai ne m'a pas réussi : quand l'extension était vigoureuse, l'outre restait

affaissée, et l'air ne pouvait y être introduit ; d'ailleurs la gibbosité du patient et la rotondité de l'outre qu'on travaillait à remplir, étant poussées l'une contre l'autre, tendaient à glisser. Si au contraire je ne donnais à l'extension que peu de force, l'outre était sans doute gonflée par l'air, mais le rachis se cambrait en entier, au lieu de se cambrer là où besoin était. J'ai écrit à dessein ce qui précède ; car c'est aussi une connaissance précieuse que de savoir quels essais ont échoué, et pourquoi ils ont échoué. » (Hippocrate, *Traité des articulations.*) Ce passage mettrait fin à toute rivalité d'invention, s'il en existait ; il fait voir quelques inconvénients de ce procédé, qui peuvent subsister au moins en partie dans l'appareil de notre ingénieux confrère.

Je crains d'être long, et cependant je désirerais, avant de terminer, vous présenter encore quelques remarques sur des assertions qui se sont produites dans la discussion.

Par exemple, on a voulu créer deux maladies vertébrales *différentes :* l'une, plus grave, qui serait suivie d'abcès par congestion; l'autre, qui serait le mal de Pott, dans laquelle les abcès seraient *très-rares*, qui guérirait facilement *d'elle-même*, — quoiqu'*on* y trouve les cautères très-utiles, — et dont la curabilité serait depuis longtemps démontrée. Les cas de mal de Pott sans abcès sont tellement communs, a-t-il été dit, que Pott, dans ses deux mémoires, n'a pas signalé la possibilité de la formation d'une collection purulente, qu'il a même distingué l'affection qu'il a décrite de celle qui fait naître les abcès par congestion.

Je le dis à regret, tout ce que j'ai vu et lu ne saurait s'accorder avec cette façon de penser, exprimée par deux de mes bons collègues et amis.

Je puis être dans l'erreur ; mais, à mon avis, le mal vertébral est aussi identique avec lui-même que la face humaine, qui est une, quoique tous les visages ne se ressemblent pas.

Il n'y a point de caractères qui distinguent un mal vertébral à tendance fatale et un mal vertébral qui doit rester bénin. Toute affection de ce genre, si simple qu'elle paraisse à son début, peut devenir des plus graves. Le pronostic se base, comme pour toute autre affection, sur des probabilités, non sur des certitudes. Il me paraît surtout inexact de dire qu'il y ait une *altération particulière* des vertèbres qui guérit presque toujours et une autre qui ne guérit que rarement. Quelles sont ces altérations ? qui les a constatées ? qui a établi leurs différences, leurs signes ? On ne l'a pas dit.

Les abcès, dans le mal vertébral, sont beaucoup plus communs qu'on ne pense ; il y a, relativement, très-peu de cas sans production

de pus. Mais la poche est très-souvent bornée au point malade, et elle disparaît, quand le sujet guérit, sans qu'on ait pu s'apercevoir de son existence. D'autres collections, quoique accessibles aux sens, restent profondes, et on ne les reconnaît pas, parce qu'on ne les cherche pas.

On rencontre beaucoup de bossus guéris du mal vertébral, il est vrai ; mais ils ont constamment subi une période d'acuité, comme leurs pareils qui ont succombé. C'est la même maladie, qui s'est arrêtée chez eux ou dont ils ont mieux supporté les phases. Que diriez-vous de quelqu'un qui, en voyant les vieillards survivants d'une autre génération, voudrait à toute force les considérer comme d'une autre espèce que ceux qui n'auraient pas atteint le même âge?

Mais ces gibbeux guéris n'ont pas eu d'abcès; — vous l'ignorez. Ce qui est plus certain, c'est que beaucoup ont eu de la paralysie, et qu'ils ont échappé à cet accident, qui en a entraîné d'autres au tombeau.

Les abcès ne sont graves et si souvent mortels que lorsqu'ils s'étendent au loin; ceux qui restent sessiles finissent par disparaître avec leur cause. Vous voyez bien que c'est le même mal qui ne diffère que du plus au moins, bénin quand il n'existe qu'à un faible degré, grave quand il prend de plus fortes proportions.

Sans doute les vertèbres sont affectées de lésions de gravité diverse ; les tubercules sont plus graves que l'ostéite simple, par exemple. Mais ces distinctions ne répondent nullement à celle qu'on veut établir.

On a reconnu avant Pott et depuis ce grand chirurgien la curabilité du mal vertébral; — d'accord. Mais personne n'a jamais dit qu'il y eût une espèce de mal vertébral dont la guérison fût commune, vulgaire; encore moins, que cette espèce fût celle que Pott a décrite.

Les guérisons sont plus nombreuses qu'on ne le croit; — c'est aussi mon avis. Cela dépend surtout de ce qu'il y a des degrés légers de cette affection, moins étudiés jusqu'à présent que les cas graves.

Les abcès migrateurs, les seuls que l'on connaisse bien et qu'on ait connus de tout temps, peuvent se montrer dans toutes les variétés de mal vertébral; car toutes peuvent provoquer dans certaines conditions une suppuration abondante. Certaines lésions anatomiques des os y exposent plus que d'autres; mais, encore une fois, ces différences ne répondent pas à la distinction qu'on a faite et que je combats.

Pott savait, ou je me tromperais fort, que ces abcès se formaient dans les périodes avancées de la maladie qu'il a décrite.

Traçant le tableau de cette affection, lorsqu'elle est négligée ou mal traitée, il dit dans son second mémoire, p. 13 de la traduction fran-

çaise, que j'ai lieu de croire exacte : « Le patient devient de plus en plus perclus et infirme, il languit plus ou moins de temps, et périt enfin, soit de consomption, après une fièvre hectique, ou *de suppuration, après un abcès qui se sera formé en dedans du corps.* »

Si j'en juge par un autre passage, Pott ne faisait point deux affections différentes du mal vertébral qui produit la paralysie, dont il s'est spécialement occupé, et de celui qui donne lieu aux abcès par congestion. Voici comme il s'explique dans le même travail (p. 34) : « Cette affection morbifique se montre sous différentes formes ; mais, quoique les apparences en soient variées, cependant elles sont toujours telles qu'elles déterminent la vraie nature de la maladie..... Quelquefois on la trouve sous la forme de vessies ou de kystes qui renferment une quantité de matière... partie purulente, partie sanieuse, et partie ressemblant à une espèce de lait caillé... Quelquefois ces collections corrodent les membranes qui les renferment et se font jour en bas par le côté du muscle psoas vers l'aine, ou par le côté du bassin derrière le grand trochanter, ou, dans quelques cas, à la partie externe et supérieure de la cuisse. »

La seule différence que Pott ait établie sous ce rapport se trouve indiquée à la page 40, où il dit que « dans le cas de carie à l'épine sans courbure, il arrive le plus fréquemment qu'il se fait des abcès. » Cette remarque, dont la justesse est d'ailleurs contestable, peut-elle détruire ce qu'il a dit précédemment ?

En résumé, pour moi, les mots *mal de Pott* sont synonymes de *mal vertébral*. Dans l'état actuel de la science, l'une et l'autre expressions désignent une affection ayant pour effets la destruction et la suppuration des corps des vertèbres, ordinairement la gibbosité, et souvent la paralysie ou des abcès par congestion.

Un dernier mot sur une question soulevée par M. Houel. M. Gosselin lui a déjà répondu, au sujet du mode d'union des restes des vertèbres détruites, qu'il avait *vu* la fusion et la soudure de ces os. J'ai également observé ce *cal intérieur*. J'ai montré à ma clinique, en 1855, une pièce où la fusion des corps vertébraux était des plus manifestes : le fait est rapporté dans mes *Leçons* imprimées. Je possède d'autres pièces sur lesquelles on peut constater la même disposition. Cependant, si M. Houel ne conteste la possibilité de cette réunion que pour les cas où les vertèbres restent écartées, je suis de son avis. Je n'ai vu ce cal intervertébral que lorsque les corps vertébraux restants avaient été amenés au contact.

Une discussion s'engage à la suite de cette lecture.

M. HOUEL. Je n'ai pas nié la possibilité de la soudure directe des corps vertébraux à la suite du mal de Pott. J'ai nié seulement, contrairement à l'opinion de M. Gosselin, que cette soudure pût s'effectuer lorsque les surfaces osseuses sont écartées l'une de l'autre. M. Bouvier admet comme moi que la soudure n'est possible qu'à la faveur du contact. Nous sommes donc du même avis.

M. BROCA. Il y a dans l'intéressante lecture de M. Bouvier un passage que je ne puis laisser passer sans réponse. Dans l'avant-dernière séance, j'ai dit que les affections vertébrales qu'on désigne vulgairement sous le nom de mal de Pott devaient être divisées en deux espèces différentes : l'une moins grave, qui guérit souvent sans abcès ; l'autre beaucoup plus grave, qui produit toujours, ou presque toujours, des abcès par congestion. La première est produite par des tubercules vertébraux, la seconde par la carie ou par toute autre forme de l'ostéite suppurative. M. Bouvier connaît certainement très-bien ces deux groupes de lésions, mais il n'admet pas que la gravité du mal vertébral soit plus grande dans un cas que dans l'autre. C'est sur ce point que je ne puis m'accorder avec lui.

Comme preuve de l'innocuité relative de la première forme, j'ai cité le mémoire de Pott, et j'ai dit que les cas où la guérison a lieu sans abcès sont tellement communs, que Pott dans ses deux mémoires ne s'est pas occupé des abcès par congestion. M. Bouvier, en réponse à cette assertion, a cité deux phrases où Pott parle de ces abcès. Déjà M. Giraldès avait eu la bonté d'appeler mon attention sur ce point. J'ai donc voulu vérifier ; j'ai relu avec soin tout ce que Pott a écrit sur la question, et je suis de plus en plus convaincu que la maladie décrite par le chirurgien anglais ne constitue que l'une des deux formes de la double maladie à laquelle on donne aujourd'hui son nom.

Et d'abord le mot abcès ne se trouve pas même écrit dans le premier mémoire de Pott. A la page 243 du 3e volume de l'édition de Earle, qui est la meilleure et la plus complète, Pott décrit les lésions anatomiques de la colonne vertébrale. Il y revient à la page 252. Il divise ces lésions en trois degrés, suivant qu'elles sont plus ou moins anciennes. Au troisième degré, il y a de la sanie infiltrée dans l'os, et logée entre l'os érodé et la dure-mère rachidienne ; mais il n'est pas question d'abcès par congestion. Dans la description des symptômes et des complications, même silence. Pott ne parle que de la paralysie et de la gibbosité. Quant aux abcès, il se doute si peu de leur existence et de leur signification, que la suppuration lui paraît une chose désirable et avantageuse. Le traitement par les moxas, qu'il préconise comme infaillible,

a même une origine assez curieuse. Il repose sur une observation d'Hippocrate, où il est dit qu'une paralysie des membres inférieurs fut guérie par la formation d'un abcès dans le dos. C'est pour imiter l'action bienfaisante de cet abcès que Cameron d'abord, et Pott ensuite, eurent recours à l'application des cautères sur les gibbosités (p. 245). S'ils eussent connu les abcès par congestion et leur signification, ils n'eussent certainement pas émis cette théorie singulière.

Passons au second mémoire, écrit trois ans après le premier, et composé lui-même de plusieurs fragments qui furent successivement publiés. Dans un de ces fragments se trouvent, p. 287 à 293, vingt-quatre propositions sur le mal vertébral, et trois de ces propositions, ainsi que nous l'a dit M. Bouvier, sont relatives aux abcès par congestion. Mais avec un peu d'attention, on reconnaît que cette mention se rapporte à une maladie un peu différente de celle que Pott a spécialement étudiée.

Voici, en effet, de quelle manière ce chirurgien s'exprime dans les propositions 14 et 15 :

« *Proposition* 14. — La carie avec courbure et paralysie occupe le » plus fréquemment les vertèbres cervicales ou dorsales, et la carie » sans courbure occupe le plus fréquemment les vertèbres lombaires, » quoique cela ne soit ni constant ni nécessaire. »

« *Proposition* 15. — Dans la carie *sans courbure*, il arrive le plus » souvent que des abcès internes se forment et se portent vers l'extérieur, vers la hanche, l'aine et la cuisse, etc. »

Ainsi les abcès se forment seulement dans les cas de carie sans gibbosité et sans paralysie, et alors l'altération vertébrale occupe presque toujours la région lombaire. Or il est facile de reconnaître que ces cas diffèrent de ceux qui font l'objet des travaux de Pott. En effet, cet auteur, dans ses deux mémoires, parle seulement des malades atteints à la fois de gibbosité et de paralysie. Il suffit d'ailleurs de voir le titre : ***Remarques sur une variété de paralysie qui paraît dépendre d'une gibbosité de la colonne vertébrale.*** Le cas mentionné dans la proposition 15 est donc étranger au sujet. En second lieu, on lit, p. 238, que le siége de la gibbosité est tantôt au cou, tantôt à la région dorsale, et quelquefois aussi, quoique très-rarement (*though very seldom*), à la partie ***supérieure*** de la région lombaire; or les abcès par congestion que nous connaissons aujourd'hui, et dont Pott a parlé d'une manière incidente, viennent au contraire presque tous de la colonne lombaire.

Mais ce qui prouve surtout la grande bénignité relative des cas sur

lesquels Pott a concentré son attention, ce sont les résultats qu'il a obtenus.

On lit, par exemple, dans le premier mémoire, p. 254 et 255 : « Les » malades que j'ai pu soigner de bonne heure ont tous guéri, *quel que* » *fût leur âge;* ils ont non-seulement recouvré l'usage de leurs jambes, » mais encore ils sont devenus robustes et propres à tout genre d'exer- » cice ou de travail. » Et il ajoute : « Chez *tous les enfants que j'ai* » *vus*, la santé générale a toujours été rétablie à mesure que revenait » l'usage des jambes. »

Plus loin, dans le second mémoire, page 283, il avance que depuis la publication de ses premiers succès le nombre des malades reçus à l'hôpital Saint-Bartholomew a été *considérable*, et cependant, dit-il, page 277, « c'est avec infiniment de plaisir et de satisfaction que je » puis dire que le traitement a été couronné de succès dans *tous les* » *cas* où il y avait la moindre probabilité favorable. » Puis, page 284, répondant aux objections qui lui ont été faites, il avoue que lorsque les désordres sont trop avancés, cette affection, *comme toutes les maladies*, peut certainement devenir incurable; mais il ajoute aussitôt : « Dans » l'espace de trois ans, pendant lesquels j'ai eu beaucoup d'occasions » d'appliquer mon traitement, je n'ai *rencontré qu'un seul cas où il* » *ait échoué* parmi ceux où l'état du malade et de la maladie laissait » raisonnablement subsister quelque espoir. » Quant au nombre des guérisons, Pott ne l'indique pas; mais il dit page 276, en note, que ces cas sont maintenant tellement nombreux qu'il serait superflu de les citer.

Après cela il est inutile, je pense, de dire que Pott n'a pas eu affaire aux cas compliqués d'abcès par congestion. Il est bien certain que si ces abcès eussent existé, il aurait perdu un très-grand nombre de malades. Tout le monde depuis lui a appliqué son traitement; et les cautères aujourd'hui n'ont pas le privilége de guérir les abcès par congestion. Je conclus de cette longue analyse :

1° Que Pott a décrit une maladie dans laquelle les abcès sont assez rares pour qu'il ait cru pouvoir se dispenser d'en parler;

2° Que cette maladie, caractérisée par une gibbosité accompagnée de paralysie, occupe presque toujours la région dorsale ou la région cervicale, et ne se montre que très-exceptionnellement (*very seldom*) sur la partie supérieure de la région lombaire (il n'est pas question du reste de la colonne lombaire);

3° Que cette affection, d'après sa marche et ses symptômes, se rap-

porte à la tuberculisation vertébrale, telle que nous la connaissons aujourd'hui;

4° Qu'enfin, suivant Pott, l'affection qui produit les abcès par congestion diffère de la précédente par son siége, qui est presque toujours la région lombaire, et qu'elle en diffère aussi par ses symptômes, puisqu'elle ne s'accompagne ni de paralysie ni de gibbosité.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. LARREY présente une pièce anatomique et une pièce artificielle représentant une tumeur considérable de la cuisse, dont il a autrefois exposé à la Société l'origine et le développement. La tumeur, de nature fibro-plastique, après avoir été soumise à l'extirpation, a récidivé dans la cicatrice, en entraînant la mort avec tous les signes ordinaires de la cachexie cancéreuse.

Cette observation sera insérée au procès-verbal de la prochaine séance.

— A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire, Paul Broca.

Séance du 24 février 1858.

Présidence de M. Deguise fils.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Suite de la discussion sur le mal de Pott. — M. GIRALDÈS. Lorsque dans une des dernières séances j'ai entendu M. Broca annoncer que Pott n'avait pas parlé des abcès par congestion, cela m'a surpris. Rentré chez moi, j'ai voulu vérifier l'exactitude de cette assertion. J'ai trouvé, en effet, que Pott n'a rien dit des abcès dans son premier mémoire; mais il en a parlé dans le second. Il ne s'en est pas occupé, il est vrai, d'une manière spéciale; mais enfin il en a parlé à la page 290 de l'édition d'Earle, dans la 15e proposition. Il a décrit en quelques lignes le trajet de ces abcès, et il a même ajouté, proposition 17: « que, contrairement à l'opinion générale, la carie des vertèbres est plutôt la » cause que la conséquence de ces abcès. » Je n'insiste pas plus longtemps sur ce point, sachant que M. Bouvier se propose d'y revenir tout à l'heure.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je suis heureux de l'affirmation de M. Giraldès, surtout si elle est exacte; car cette idée, que Pott eût décrit un mal vertébral sans abcès, me gênait singulièrement. Quant à moi, je ne connais qu'une seule espèce de mal vertébral, et je l'ai toujours vue accompagnée d'abcès. Si Pott avait écrit sur le mal vertébral sans parler des abcès, je ne comprendrais plus rien à son mémoire.

Cela posé, je dois dire que j'ai vu un cas fort curieux et fort embarrassant, lorsque je faisais le service aux Enfants-Trouvés. Un très-jeune enfant atteint de gibbosité succomba, et à l'autopsie je trouvai à la place d'une vertèbre une cavité spacieuse, régulière, circonscrite par une membrane épaisse et lisse, et renfermant un liquide transparent, semblable à du mucus. Il n'y avait aucun débris osseux, aucune trace de carie, aucune trace de pus. Je me demande, et je demande à mes collègues de quelle nature était cette singulière affection?

On a discuté ici sur la question du repos et du mouvement dans le traitement du mal de Pott. Il y a des distinctions à établir sans doute, d'après l'état général des sujets; mais le plus souvent le traitement doit être subordonné à l'état de la lésion locale. J'ai vu dans le service de Sanson un boulanger atteint d'abcès par congestion iléo-fémoral. Un jour, sa colonne vertébrale, jusqu'alors peu ou point déformée, s'affaissa brusquement, et la mort suivit de près cet accident. A l'autopsie, nous trouvâmes que quatre corps de vertèbres de la région lombaire étaient détruits; quelques jetées osseuses périphériques qui soutenaient naguère la colonne vertébrale s'étaient fracturées, et cette fracture avait été la cause prochaine de la mort. Si le malade eût gardé le repos au lit, il eût pu guérir, et en tous cas il eût vécu plus longtemps. Pour me résumer, je dirai :

1° Qu'il n'y a qu'une seule espèce de mal vertébral;

2° Que l'immobilité horizontale est ordinairement préférable au mouvement.

M. GOSSELIN. M. Bouvier nous a fourni sur l'histoire du traitement par l'immobilité et par l'extension des documents fort intéressants; mais je dois rappeler que M. Gillebert d'Hercourt ne s'est pas donné comme l'inventeur de cette méthode, puisqu'il a cité quelques-uns de ses devanciers. M. Bouvier n'a fait que compléter cet historique.

J'ai fait remarquer, dans mon rapport, qu'il y avait dans la science et dans la pratique une lacune fâcheuse sur la distinction des cas et des conditions où il faut traiter les malades par l'immobilité horizontale. Sur ce point, M. Bouvier n'a pas été aussi explicite que je l'aurais désiré; et après avoir entendu sa lecture, je ne sais s'il est partisan

ou adversaire du repos prolongé. Je le prie donc de nous dire avec plus de précision quels sont les cas où, suivant lui, il faut y avoir recours.

M. MARJOLIN. Je sais que dans le mal vertébral il y a souvent des abcès qui nous échappent à cause de leur petitesse et de leur profondeur. Je sais encore que certains abcès peuvent se résorber entièrement; mais, malgré ces deux circonstances, sur lesquelles quelques personnes se sont basées pour soutenir qu'il n'y a pas de mal vertébral sans abcès, je persiste à dire que dans beaucoup de cas l'abcès fait entièrement défaut. Cela est très-commun lorsque le mal vertébral occupe la région cervicale, et ici la disposition des parties est telle qu'un abcès même assez petit serait facile à reconnaître. J'ai actuellement sous les yeux trois cas de ce genre, savoir :

1° Une jeune fille de quatorze ans, qui a quitté l'hôpital il y a quelques jours parfaitement guérie, mais conservant une gibbosité considérable des vertèbres cervicales ;

2° Un garçon du même âge, atteint de la même maladie et de la même difformité, et chez lequel la guérison est presque achevée ;

3° Enfin, un troisième enfant moins avancé vers la guérison, mais exempt d'abcès jusqu'à ce jour, quoique l'altération des vertèbres soit profonde et étendue. D'après mon expérience, je me crois autorisé à dire que le plus souvent le mal vertébral de la région cervicale ne se complique pas d'abcès par congestion.

M. Bouvier a rejeté les cautères ; je ne suis pas de son avis. Certes, il y aurait inconvénient à épuiser les malades par une suppuration trop abondante, surtout lorsqu'il existe déjà un abcès. Mais lorsqu'il n'y a pas d'abcès, de petits cautères promenés autour de la gibbosité, entretenus pendant quelques semaines et renouvelés de temps à autre, m'ont paru exercer une action très-favorable sur l'altération osseuse. En outre, j'ai déjà eu l'occasion de dire que ce moyen a l'avantage de faire un peu souffrir les petits malades, de les effrayer, et de les éloigner de l'habitude de la masturbation. Les anciens, quoi qu'on en dise, avaient raison d'attribuer à la masturbation une action spéciale sur la colonne vertébrale ; presque tous les enfants atteints du mal de Pott se livrent à l'onanisme avec une sorte de fureur.

M. Gosselin disait à ce propos, il y a quelques jours, que ce vice ne se développe que vers l'âge de douze ans ; c'est une erreur : les plus jeunes n'en sont pas exempts. Nous voyons cela dans les hôpitaux d'enfants ; nous le voyons même quelquefois, chose presque incroyable, sur des enfants encore à la mamelle. Dernièrement, un petit garçon de

cinq à six ans, grandement adonné à la masturbation, a cru varier ses plaisirs en se liant la verge ; mais il n'a pas su enlever le fil, qui a coupé les téguments. Ce malheureux enfant est mort maintenant ; il s'est masturbé littéralement jusqu'au dernier jour. A côté de lui était couché un autre moribond de trois ans, qui se masturbait continuellement. Ces passions précoces s'observent surtout chez les enfants atteints du mal de Pott, et il me paraît démontré que la masturbation agit spécialement sur la colonne vertébrale.

M. CLOQUET. Les abcès symptomatiques du mal vertébral restent souvent occultes, et il ne faudrait pas invoquer ces cas, qui sont nombreux, pour prouver que le mal de Pott peut exister sans abcès. Lorsque les malades succombent, on trouve sur les côtés de la colonne vertébrale de petits kystes à parois épaisses, et renfermant une matière dense, comme caséeuse. C'est du pus rendu concret par une résorption partielle. La résorption peut même s'effectuer sur des abcès volumineux. J'ai soigné un enfant de neuf ans, atteint de gibbosité et de paralysie par suite d'une altération des dernières vertèbres dorsales. Au bout de peu de temps, je vis paraître sur le côté gauche de la région lombaire une collection fluctuante, qui s'accrut et devint considérable. J'administrai un traitement iodé ; plusieurs cautères furent appliqués sur les côtés de la gibbosité ; insensiblement la paralysie se dissipa, la tumeur s'affaissa, la fluctuation disparut, et finalement ce vaste abcès se résorba d'une manière complète. Je connaissais déjà plusieurs faits du même genre, présentés il y a environ quarante ans par Larrey à la Société de la Faculté de médecine. Quatre ou cinq jeunes soldats, affectés du mal de Pott et d'abcès par congestion, avec ou sans gibbosité, furent montrés à la Société avant et après le traitement, et nous pûmes constater que les abcès s'étaient résorbés. L'une de ces collections, située dans la région lombaire, était grosse comme la tête d'un enfant. Larrey attribuait ces guérisons remarquables aux moxas qu'il appliquait en grand nombre au voisinage de la gibbosité, et je considère ce traitement comme très-bon.

M. LARREY. Mon père était effectivement grand partisan des moxas, des cautères, et de la cautérisation par le fer rouge. Mais de plus il tenait autant que possible ses malades dans l'immobilité horizontale. Il a eu de nombreuses occasions d'appliquer ce traitement, car le mal de Pott est très-commun chez les jeunes soldats; il y en a habituellement plusieurs cas au Val-de-Grâce. Le mal de Pott chez les hommes de cet âge se complique rarement de paralysie ; tantôt il y a simple incurvation vertébrale sans abcès appréciable, tantôt abcès sans

gibbosité, tantôt enfin abcès et gibbosité à la fois. J'ai obtenu des améliorations et des guérisons; la curabilité de quelques-unes des formes de cette affection me paraît donc bien démontrée.

M. MOREL-LAVALLÉE. Ce que vient de dire M. Cloquet me rappelle un cas de résorption partielle fort remarquable que j'ai vu dans le service de M. Lenoir. A l'autopsie d'un malade atteint de mal vertébral, nous trouvâmes derrière le sternum une masse caséeuse enkystée qui communiquait avec les vertèbres dorsales altérées, au moyen d'un conduit très-long et très-étroit. C'était un abcès par congestion, qui avait suivi un trajet fort insolite et qui s'était presque entièrement résorbé. Si l'autopsie n'avait pas été faite, ce cas aurait certainement passé pour un exemple de mal vertébral sans abcès.

Je regrette que personne encore ne m'ait donné les éclaircissements que j'ai demandés tout à l'heure sur le kyste plein de mucus que j'ai trouvé à la place d'une vertèbre chez un enfant atteint de gibbosité. J'invite de nouveau mes collègues à me dire ce qu'ils pensent de ce fait. Pour ma part, j'ai vu sur les côtes et sur les phalanges de petites érosions superficielles qui ne s'accompagnaient d'aucune sécrétion purulente, mais la destruction d'un corps de vertèbre tout entier sans suppuration me semble une chose fort extraordinaire.

M. HUGUIER. La carie s'accompagne presque inévitablement de suppuration; mais la carie syphilitique fait quelquefois exception à cette règle, surtout lorsqu'elle occupe les os du crâne. A l'autopsie des individus atteints de vérole constitutionnelle, j'ai trouvé plusieurs fois le crâne érodé, carié, aminci, presque troué en certains points, sans aucune trace de suppuration. J'ai vu également une lésion de ce genre sur le tibia. Ce n'est pas ainsi, toutefois, que je m'explique la formation des gibbosités sans suppuration des vertèbres. On trouve souvent les os de la main et du pied extrêmement raréfiés, ramollis, et cédant à la moindre pression, quoiqu'il n'y ait dans leur intérieur aucune suppuration. Une pareille lésion située dans le corps d'une vertèbre suffirait parfaitement pour permettre l'affaissement de la colonne vertébrale et la production d'une gibbosité sans abcès. Ainsi, tout en reconnaissant qu'ordinairement le mal de Pott est accompagné d'abcès plus ou moins appréciable, j'admets qu'il peut y avoir des cas où la gibbosité se produit sans suppuration.

M. GIRALDÈS. Je repousse l'opinion de M. Huguier comme entièrement hypothétique. Notre collègue invoque l'exemple des os du pied et de la main, qui peuvent se ramollir sans suppuration; mais a-t-il vu ce ramollissement sur les orteils? Y a-t-il trouvé ces fongosités qui rem-

plissent les excavations des os du carpe et du tarse ramollis par l'ostéite raréfiante? Si cela était, il nous l'eût dit certainement. Il ne nous a donc donné qu'une hypothèse sans preuve. Il est bien plus simple d'expliquer par la résorption du pus les cas où la gibbosité existe sans abcès. J'ai remis à M. Larrey, pour le musée du Val-de-Grâce, une pièce qui démontre cette résorption. La destruction de trois vertèbres avait produit une gibbosité postérieure considérable; dans l'angle rentrant de cette gibbosité se trouvaient d'épaisses et solides productions fibreuses, au centre desquelles je découvris une poche assez étendue, pleine de séquestres et de détritus osseux, sans aucune trace de pus. Il est très-certain que c'était le résultat d'une nécrose, et que cette nécrose avait dû autrefois produire du pus; mais celui-ci s'était entièrement résorbé, et sans les séquestres qui n'avaient pu disparaître de la même manière, on aurait pu croire que la gibbosité s'était formée sans suppuration.

M. HUGUIER. M. Giraldès refuse d'admettre le ramollissement des vertèbres, parce que je ne l'ai pas vu, et m'accuse de faire une hypothèse. Mais il raisonne comme moi par analogie, lorsqu'il admet que le mal vertébral s'accompagne toujours de suppuration. Quel est, en effet, le fait de pratique sur lequel il s'appuie? C'est un cas précisément où il n'a pas trouvé la moindre trace de pus.

Mais puisqu'il demande des faits cliniques, je puis lui en citer, car j'ai actuellement dans ma clientèle trois enfants atteints du mal de Pott déjà ancien et sans abcès. Personne d'ailleurs n'ignore que très-souvent, chez les enfants de douze à quinze ans, les paralysies avec gibbosité guérissent sans suppuration appréciable. Dirons-nous que chez eux il y a des abcès qui se résorbent? Mais alors pourquoi ces prétendus abcès qu'on ne voit pas guérissent-ils si souvent, tandis que ceux qu'on voit ne se résorbent presque jamais? J'admets donc qu'il y a une espèce de mal vertébral qui peut produire des gibbosités sans suppuration.

M. GIRALDÈS. Je ferai remarquer à M. Huguier que son raisonnement par analogie diffère tout à fait de celui qu'il me reproche. S'il avait vu des vertèbres raréfiées, ramollies et remplies de fongosités sans suppuration sur des colonnes vertébrales non déformées, il pourrait dire avec quelque fondement qu'une pareille lésion est capable de faire naître une gibbosité. Mais cette lésion, il ne l'a pas vue. — Moi, au contraire, dans le cas dont j'ai parlé, j'ai vu les séquestres. Or, tout séquestre suppose une suppuration antérieure, donc il y a eu suppuration. Si M. Huguier possède des cas de nécrose sans abcès, qu'il se

hâte de les publier; il ajoutera un nouveau chapitre à l'histoire de cette affection des os.

M. CLOQUET. Le cas cité par M. Giraldès me rappelle une pièce que j'ai déposée dans le musée de la Faculté. Une nécrose avait détruit le corps des deux dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires. Il n'y avait cependant aucune déviation de l'épine. Un étui osseux, épais et solide, cylindrique, ou plutôt légèrement fusiforme, s'était formé autour des quatre corps vertébraux nécrosés et maintenait à la fois la rectitude et la solidité du rachis. La cavité de cet étui osseux renfermait, outre les séquestres flottants, une notable quantité de pus qui communiquait, à travers plusieurs grands cloaques, avec les abcès extérieurs.

M. BOUVIER. Je me propose de lire tout à l'heure à la Société un nouveau travail sur le sujet qui nous occupe; mais auparavant je désire répondre quelques mots à M. Gosselin. Il est vrai que je n'ai pas développé ici mes idées sur la question du repos et du mouvement; c'est parce que cette question m'a paru suffisamment résolue par les orateurs qui m'ont précédé, notamment par M. Voillemier. Comme lui je reconnais les grands avantages de l'immobilité, et je pense qu'il faut y avoir recours tant qu'il n'y a pas d'indication contraire.

Voici, sur la question de l'immobilité, deux passages de Brodie qui sont dignes d'attention : « Je ne saurais croire, dit cet auteur, qu'il y » ait quelqu'un qui puisse nier la prudence de l'immobilité horizontale, » et qu'on puisse même se refuser à en reconnaître l'absolue nécessité. » (*Malad. des articulations*, trad. L. Marchand, 1819, p. 217.) » — Un peu plus loin, après avoir critiqué les appareils à extension, il ajoute : « Si l'appareil est employé purement pour soutenir la colonne » vertébrale et pour supporter le poids de la tête, il ne sera pas sujet » aux mêmes objections que s'il eût été appliqué dans d'autres vues... » Certainement cet appareil ne remplacera jamais la position horizontale; mais, ou je suis bien dans l'erreur, ou je l'ai jugé utile, lorsque » le malade entre en convalescence et que les circonstances ont voulu » qu'il pût demeurer assis une partie de la journée. (*Loc. cit.*, p. 219.) »

Ainsi Brodie lui-même, quoique partisan déclaré de l'immobilité, reconnaît que dans certains cas et en prenant certaines précautions, il est utile de faire lever les malades.

Et en effet, dans le mal vertébral il y a deux indications opposées. D'une part, l'état local des vertèbres réclame l'immobilité; d'une autre part, l'état du sujet réclame le mouvement. Ce sont les conditions

propres à chaque malade qui, à un moment donné, font prédominer l'une ou l'autre indication.

Si on connaissait exactement l'état des vertèbres malades et le plus ou moins de solidité du rachis, on n'aurait pas d'indécision dans le traitement; mais ce point de diagnostic est malheureusement très-obscur dans beaucoup de cas. Toutefois, il y a des malades que la station assise ou debout fatigue, qui sentent leur colonne fléchir sous le poids du corps, et qui ont en quelque sorte conscience du peu de solidité des vertèbres lésées; ceux-là devront rester dans l'immobilité horizontale. Si l'exploration directe de la gibbosité montrait en ce point une mobilité anormale, le repos serait bien plus indispensable encore.

L'indication contraire est fournie par l'état général. Il y a des enfants que le repos continuel épuise; ils perdent l'appétit, le sommeil, les forces; ils s'ennuient, ils s'étiolent, et paraissent en danger de mort. Alors, il faut bien se décider à les faire lever un peu. Avant d'en venir là, il est bon d'essayer de conjurer autrement le danger; on cherche à leur procurer dans leur lit des jeux, des distractions. Mais le plus souvent on n'y réussit pas.

Relativement à la question de l'extension, je ne crois pas que M. Gosselin ait répondu à l'objection de M. Houel. Comme ce dernier, je n'admets la possibilité de la consolidation par soudure des corps vertébraux que lorsque ces corps sont tenus en contact. M. Gosselin, au contraire, admet qu'un léger écartement n'empêche pas cette soudure, et que l'extension graduelle peut faire déposer dans le foyer une sorte de cal intermédiaire. Je lui demande de préciser les faits sur lesquels il se base pour admettre cette opinion, et je lui citerai à ce propos une autre phrase de Brodie : « Autant que je sache, dit cet auteur » (*loc. cit.*, p. 221), je ne crois pas qu'il existe dans les cabinets d'a- » natomie de pièce qui prouve qu'un nouvel os ait remplacé le vide » laissé par une vertèbre cariée. »

M. GOSSELIN. J'avais été amené, en répondant aux objections de M. Chassaignac sur l'emploi du phosphate de chaux, à comparer la consolidation de la colonne vertébrale à celle des fractures, et à rappeler qu'il se faisait à la suite du mal vertébral un travail de réparation périphérique et intervertébral. J'avais dit que dans les cas où l'affaissement était opéré, et où les portions restantes des vertèbres se mettaient en contact, elles se soudaient au moyen d'une substance osseuse intermédiaire. J'ai donc insisté surtout sur cette fusion possible, mais je n'ai pas été jusqu'à dire qu'une portion considérable, et par conséquent un corps de vertèbre, se fût jamais reproduite. J'ai dit

seulement que je comprenais, sans en avoir, bien entendu, la preuve matérielle, la possibilité d'une soudure plus épaisse qu'à l'ordinaire, si une extension lente et graduée venait à être faite pendant que le travail de consolidation intervertébrale s'établissait.

— Après ces explications réciproques de MM. Bouvier et Gosselin, **M. BOUVIER** donne lecture du discours suivant :

Je croirais faire injure au talent, comme aux convictions de mon savant ami M. Broca, si je laissais sans réponse son argumentation de mercredi dernier.

La proposition soutenue par notre honorable collègue est celle-ci :

La maladie décrite par Pott n'est pas la même que celle qui produit les abcès par congestion.

C'est là une assertion grave, qui me paraît digne d'occuper un moment la Société de chirurgie.

Est-il vrai que depuis soixante-dix-huit ans, Anglais, Français, Allemands, Italiens, se soient mépris sur la signification du travail de Pott ?

Ne croyez pas que ce ne soit là qu'une question purement historique, qu'une discussion de textes. C'est une question toute pratique, une question vitale, qui domine la pathologie des affections vertébrales, leur thérapeutique.

Elle équivaut, en effet, à celle-ci : L'affection vertébrale qui cause la paralysie est-elle ou non la même que celle qui s'accompagne d'abcès par congestion ?

A l'égard de Pott, les arguments produits par M. Broca peuvent se résumer ainsi :

Pott voyait dans les abcès un moyen de guérison de la maladie qu'il a décrite, et non un symptôme grave appartenant à cette affection.

Pott a guéri tous ses malades, ce qui eût été impossible s'il avait jamais eu affaire à des abcès par congestion.

Pott parle à peine de ces abcès, et ce qu'il en dit montre qu'il les attribuait à une affection distincte de celle qu'il a décrite.

Son anatomie pathologique s'applique à une lésion différente de celle qui détermine les abcès par congestion.

Permettez-moi d'examiner l'une après l'autre ces quatre propositions :

1° M. Broca nous a rappelé le récit de Pott, qui vit un jeune homme affecté de courbure de l'épine guérir de paraplégie par la formation d'un abcès. Pott en déduisit l'utilité des suppurations extérieures dans

cette affection. Mais Pott n'en savait pas moins le danger attaché aux abcès par congestion. Il n'a garde d'oublier ce symptôme grave dans un passage que j'ai déjà cité, et qui a échappé à l'attention de notre estimable collègue. Décrivant la marche fatale de la maladie : « Le patient périt enfin, dit-il, soit dans la consomption d'une fièvre hectitique, soit d'un écoulement de pus, *by a drain*, par la formation d'un abcès au dedans du corps. » Vous le voyez, si Pott croyait à l'abcès qui sauve, il connaissait aussi l'abcès qui tue.

2° Les malades de Pott ont guéri : donc ils n'avaient pas d'abcès.

Les guérisons de Pott! elles ont abusé trop longtemps le monde médical; je suis heureux de trouver l'occasion d'en parler devant vous. Camper les jugeait en peu de mots : « J'avoue, dit-il, que M. Pott a proposé des vésicatoires et des caustiques sur les côtés de l'épine du dos viciée, mais le succès n'y répond pas (1). »

Mais ce n'est pas dans les écrits contemporains que je rechercherai ce que c'était que ces guérisons. Pott lui-même va nous l'apprendre.

Il est bien vrai qu'il s'est vanté de n'avoir trouvé « dans l'espace de trois ans qu'un seul cas où sa méthode ait échoué; » mais lisons jusqu'au bout; Pott ajoute : « Et où cependant, d'après l'état de la maladie et du malade, on pouvait être raisonnablement fondé à espérer. » Cela signifie, si je ne me trompe, que Pott n'a réussi ou n'a appliqué sa méthode que dans les cas qui offraient le plus de chances de succès; dans les autres, ou bien il a échoué, ou il s'est prudemment abstenu. C'est ce que lui-même confirme en disant quelques lignes plus haut : « Dans les cas où la carie est très-étendue et la constitution par là même assez viciée pour produire un degré d'altération qui tende à la destruction du malade, on ne doit s'attendre à aucun succès. » Et plus loin : « Quand la destruction est à un degré considérable, que toutes les parties environnantes sont ulcérées, toutes les tentatives sont inutiles, le malade périra. » Ailleurs, il dit plus explicitement encore : « Dans tous les cas où le mal offrait des circonstances qui permettaient d'espérer avec quelque probabilité, les tentatives ont été heureuses. » Il est même plus modeste dans son premier mémoire : « S'il arrive, dit-il, par manque d'attention, la durée du temps ou quelque autre circonstance, que les corps des vertèbres deviennent complétement cariés, que les cartilages intervertébraux soient détruits, on ne doit plus attendre de secours du remède proposé. »

Une dernière citation vous prouvera que Pott n'a pas tenu ce langage

---

(1) *Prix de l'Académie de chirurgie*, in-4°, t. V, p. 828.

par supposition, qu'il a réellement donné ses soins à deux séries différentes de malades, et que ses succès *constants* ne doivent s'entendre que d'une série de choix. « Le nombre des malades reçus à l'hôpital Saint-Barthélemy, dit-il dans son second mémoire, a été considérable, et, comme on peut le supposer, les uns étaient dans un état à permettre la guérison, les autres non. » Voilà comment nous sommes redevables à ce chirurgien célèbre de quelques bons détails d'anatomie pathologique, comment il a pu parler avec connaissance de cause, et des abcès profonds, invisibles pendant la vie, et des abcès migrateurs, qu'il a dû voir plus d'une fois ouverts à l'extérieur.

Vous voyez bien que la maladie décrite par Pott n'était pas aussi simple qu'on nous l'a dit, qu'elle était loin de guérir à tout coup, qu'elle comprenait, avec des cas heureux, les cas les plus graves que l'on puisse imaginer.

Mais ce n'est pas tout: on ne peut pas même accorder à Pott cette série de succès dont il se prévaut. Ecoutez, je vous prie, ce que Pott entendait par *guérison* dans le mal vertébral: « Je tiens les fontanelles ouvertes, dit-il, jusqu'à ce que la *guérison* soit complète, c'est-à-dire jusqu'à ce que le malade ait parfaitement recouvré l'usage de ses jambes. » « Dans l'espace des dix ou douze derniers mois, dit-il ailleurs....., je suis heureux de pouvoir dire que le traitement a non-seulement toujours rempli, mais encore quelquefois surpassé mes espérances, en rendant à bien des gens l'*usage de leurs membres.* » Voulez-vous savoir combien de temps exigeaient ces *guérisons*? Ecoutez encore ceci: « Les praticiens doivent s'attendre, dit Pott, à trouver une différence notable à l'égard des malades qui reprennent l'*usage de leurs jambes ;* quelques-uns ont le bonheur d'y atteindre dans *peu de semaines*, d'autres sont obligés d'attendre *plusieurs mois.* » J'extrais ces paroles d'un *post-scriptum* qui termine la traduction du premier mémoire de Pott par un de ses élèves, le docteur Beerenbroek ; ce post-scriptum manque dans l'édition anglaise des œuvres de Pott par Earle, dont je dois la communication à mon honorable ami M. Broca.

Le mal vertébral, un mal vertébral quelconque, guéri *en quelques semaines!* Vous ne le croyez pas ; nul d'entre vous ne pensera même qu'il le fût au bout de *plusieurs mois*, malgré l'amélioration de la santé, le retour des forces et en partie de la rectitude, que Pott assure avoir observés chez ses malades en même temps que « la restauration du mouvement. »

Voilà les cures de Pott ! Elles se réduisent à la cessation d'un symptôme, la paralysie, que nous voyons journellement disparaître plus ou

moins promptement, *avec ou sans cautères*, sans que pour cela les malades soient guéris, sans qu'ils cessent d'être exposés à toutes les suites de leur mal, à de nouvelles paralysies, à des abcès par congestion, et cela pendant des années; témoin ce jeune homme de vingt-quatre ans cité par Nichet, qui eut en huit ans trois atteintes de paraplégie, et qui n'en paraissait pas encore délivré sans retour.

Que sont devenus les malades si rapidement *guéris* par Pott? On l'ignore. Aux hommes sensés qui lui firent l'objection que je reproduis ici, il répond « que, parmi ceux qu'il a traités, il n'en a pas encore (au bout de trois ans) rencontré un seul chez qui la maladie ait récidivé. » Vous savez comme moi ce que vaut une pareille assertion, toutes les peines qu'il faut prendre pour suivre des malades dans des cas semblables et pour s'assurer de la persistance de la guérison. Il est plus que probable que beaucoup de malades que Pott a perdus de vue se sont représentés plus tard à d'autres.

Dans son second travail, à la vérité, Pott, lentement éclairé par ses observations, sut enfin ce qu'un peu plus de lecture lui eût appris plus vite et plus tôt, la véritable nature des désordres qu'il combattait et leur mode de guérison par la soudure des portions saines du rachis; phénomènes bien exposés, longtemps avant ses recherches, par Plattner, Hunaud, Camper, Aurran et d'autres, dont il ignora ou méconnut les travaux. Il comprit que cette opération de la nature ne pouvait être que l'œuvre du temps, et devint un peu plus réservé à l'endroit des guérisons. Les cautères n'eurent plus simplement pour effet de rétablir les mouvements; ils eurent encore la vertu « d'arrêter la carie, d'amener la régénération, et finalement l'union des os par une sorte d'ankylose. » Etrange effet de la prévention! Pott n'hésite pas à mettre encore sur le compte des cautères des guérisons pour lesquelles « il a fallu deux ans, sans que les premiers seize mois du traitement eussent produit la moindre amélioration. » Voilà où conduit l'ignorance des faits antérieurs ou l'ambition de faire commencer la science à ses propres travaux; double défaut qui n'a pas disparu de notre temps. N'avons-nous pas vu, depuis vingt-cinq ans, surgir contre les abcès par congestion, par exemple, des méthodes infaillibles, comme celle de Pott, dans les mains de leurs auteurs, qui, étrangers à tout ce que nos bibliothèques renferment de faits précieux sur le sujet de leurs méditations, n'avaient pas même lu Abernethy!

On se tromperait si l'on croyait que Pott, avec les notions nouvelles qu'il avait acquises, n'admit plus, dans cette seconde période de ses travaux, que des guérisons sanctionnées par le temps. On le voit encore,

dans son deuxième mémoire, présenter comme signe de guérison accomplie le retour des mouvements joint à l'amélioration de la santé, et tout en convenant de la longueur du temps nécessaire, « dans tous les cas, » à l'union des os, prétendre quelques lignes plus loin, que la cure a pu être « parfaite en deux ou trois mois. » Les faits de cette seconde période n'ont donc guère plus de valeur que ceux de la première, et je me crois autorisé par cet ensemble de considérations à conclure que, si Pott, dans ces trois ou quatre années, a suivi quelques malades jusqu'à parfaite guérison, comme le prouve une pièce vue par notre vénérable Larrey au musée de l'hôpital Saint-Barthélemy, les cas de ce genre sont certainement les moins nombreux.

En somme, rien ne prouve que la maladie décrite par Pott ait plus souvent guéri entre ses mains qu'elle ne guérissait avant lui, et que le mal vertébral ne guérit encore aujourd'hui, y compris les cas d'abcès par congestion. Ce qui fait la gloire de Pott, ce n'est pas le traitement qu'il a institué, comme le croyait naguère un de mes premiers maîtres, Boyer, traitement d'une efficacité douteuse et déjà indiqué par Albucasis, par Marc-Aurèle Séverin et par d'autres ; ce qui attache à jamais le nom de Pott à l'affection vertébrale, c'est l'étude plus approfondie qu'il en a faite, c'est la description tracée de main de maître qu'il nous en a laissée.

Veut-on une dernière preuve à l'appui des assertions que je viens de présenter ? On la trouve dans une dizaine d'observations publiées par Pott ou recueillies sous ses yeux par deux de ses élèves, MM. Beerenbroek et Jebb. En voici une très-courte analyse :

Obs. I (de Pott). — Enfant. Gibbosité cervicale ; paraplégie récente. — Cautères ; mieux au bout d'un mois. Mort de variole.

Obs. II (de Pott). — Homme de trente-cinq ans. Gibbosité dorsale ; paraplégie incomplète. — Deux sétons ; mieux au bout de six semaines. Suppression des sétons contre la volonté de Pott. Trois semaines plus tard, mouvement complétement rétabli.

Obs. III (de Pott). — Garçon de douze ans. Gibbosité dorsale ; paraplégie complète. — Cautères. Au bout de trois mois, au moment où l'auteur écrivait, retour partiel du mouvement ; état général meilleur.

Obs. IV (Beerenbroek). — Homme de vingt-cinq ans. Gibbosité dorsale, paraplégie commençante. — Cautères ; mieux au bout de quatre semaines. Après deux mois de traitement, le mouvement est à peu près rétabli. Guérison *complète en très-peu de temps* (*sic*).

Obs. V (Beerenbroek). — Fille de dix à onze ans. Gibbosité dorsale; paraplégie complète. — Cautères. Au bout d'un mois, amélioration. Ce mieux fait des progrès pendant les quatre mois suivants, puis la malade quitte l'hôpital.

Obs. VI (Beerenbroek). — Homme de vingt-quatre ans. Gibbosité dorsale; paraplégie. — Cautères. Au bout de quinze jours, quelques mouvements. Quelques jours après, gangrène aux hanches; mort rapide. On trouva les ligaments intervertébraux détruits de la cinquième à la dixième dorsale, les corps des huitième, neuvième, dixième vertèbres dorsales entièrement cariés et plusieurs autres vertèbres également altérées; enfin, sur les côtés des vertèbres, *deux gros sacs* contenant *deux pintes de matière sanieuse.*

Obs. VII (Jebb). — Homme de trente-deux ans. Gibbosité dorsale; paraplégie. — Cautères. Retour lent et partiel des mouvements les six premiers mois. Plusieurs mois se passèrent encore avec une amélioration graduelle. Peu à peu rétablissement complet. Rien de plus sur la durée totale du traitement.

Obs. VIII (Jebb). — Jeune homme de dix-neuf ans. Gibbosité dorsale; paraplégie incomplète. — Cautères. Amélioration au bout d'un mois. Sort de l'hôpital complétement guéri au bout de sept mois.

Obs. IX (Jebb). — Homme. Gibbosité lombaire; paraplégie incomplète; deux fistules provenant d'abcès par congestion. — Cautères. Mort au bout de quelques jours. Pas d'autopsie.

Obs. X (Jebb). — Garçon de sept ans. Gibbosité peu saillante au bas du dos. — Cautères refusés. Dix-huit mois après, gibbosité considérable, paraplégie complète; mort imminente. Elle eut lieu en effet peu de jours après. Jebb est disposé à croire qu'on l'eût prévenue si on avait suivi son conseil.

Voilà un échantillon des faits qui, la renommée de Pott aidant, ont convaincu toute l'Europe des guérisons qu'il disait obtenir dans le mal vertébral, ainsi que de l'efficacité des cautères contre cette redoutable affection !

3° Pott n'a pas traité avec détail des abcès par congestion, et, on ne l'a pas oublié, c'est un des arguments invoqués par M. Broca en faveur de sa thèse. Je répondrai qu'il ne l'a pas fait parce que cela n'entrait pas dans son plan. Il ne se proposait pas de traiter à fond de la maladie vertébrale, mais seulement d'un de ses symptômes, de la paralysie, en la rattachant à sa vraie cause, ce qu'il trouvait qu'on n'a-

vait pas fait avant lui. Voyez le titre de ses mémoires; le premier est intitulé: *Remarques sur cette espèce de paralysie des membres inférieurs. qui accompagne souvent une courbure de l'épine et que l'on suppose causée par celle-ci, avec la manière de guérir cette paralysie.* Le second mémoire a encore pour titre : *Nouvelles remarques sur l'état d'impotence des membres inférieurs par suite d'une courbure de l'épine.* C'est Duchanoy, traducteur de ce second mémoire, qui a créé le nom de *mal vertébral* et qui l'a mis dans le titre. Comme dit fort bien Brodie, Pott s'est spécialement occupé, dans ces excellentes dissertations, « des cas où la carie s'accompagne de la courbure de l'épine et de l'affection de la moelle. » Mais a-t-il entièrement omis pour cela les accidents de suppuration? Vous savez déjà le contraire. J'ai rappelé en commençant ce passage oublié par M. Broca, dans lequel la suppuration et les abcès sont présentés comme un des modes de terminaison fatale de la maladie. Vous avez déjà entendu citer deux fois, par M. Broca et par moi, un autre passage où il est question des abcès sessiles et migrateurs, que Pott dit avoir rencontrés *plusieurs fois* dans la maladie qu'il décrit. Il indique sommairement, mais avec exactitude, les caractères physiques de ces *collections* qu'il appelle encore des *sacs ou poches*, — le mot *kyste* ne signifiait pas alors autre chose, — et il signale la nature diverse du liquide qu'elles contiennent. Pott range ces cas de suppuration parmi les *formes* du mal, que, malgré leur variété, il n'en considère pas moins comme appartenant à une seule et même maladie. Il le dit — j'ai cité la phrase — en commençant l'énumération de ces formes; il le répète encore en la terminant. « Ces différentes affections de l'épine, ajoute-t-il, et des parties les plus voisines, occasionnent beaucoup de désordres généraux et locaux..., et, entre autres, *cette courbure qui est l'objet de ces recherches.* »

Dans son premier mémoire même, où il n'est pas encore question d'abcès, Pott mentionne dans deux endroits, comme un fait général à une période avancée de la maladie, la présence « d'un liquide sanieux abondant, *a quantity of sanies*, déposé entre les os gâtés et la membrane d'enveloppe de la moelle épinière, » et le fait de Beerenbroek, que j'ai cité et que Pott a observé dès 1778, présente en effet deux collections purulentes dans le voisinage du canal vertébral. Wenzel a même attribué à Pott la pensée que la paralysie était due à la compression de la moelle par ce liquide purulent; mais il m'a été impossible de trouver cette explication dans les deux dissertations de l'auteur anglais.

Cependant, en dépit de tous ces textes, M. Broca voit dans un autre passage la preuve que Pott faisait deux maladies de la lésion qui cause

la paralysie et de celle qui fait suppurer la colonne vertébrale ou les tissus voisins. Que dit ce passage ? « Qu'il n'est pas rare de voir la carie sans courbure ; que cette carie sans courbure se voit le plus souvent aux lombes, quoique cela ne soit en aucune façon ni constant ni nécessaire; que dans le cas de carie sans courbure, il arrive le plus souvent qu'il se forme des abcès internes et des collections de matière qui se font jour au dehors, à la hanche, à l'aine, à la cuisse, ou qui sont retenues au dedans du corps et font périr le malade ; que ce qu'on nomme communément *abcès lombaires ou du psoas*, se produit souvent de cette manière ; que contrairement à l'opinion générale, la carie de l'épine est plus souvent une cause qu'un effet de ces abcès. »

Veuillez remarquer que cet énoncé fait partie d'une récapitulation générale de tous les désordres, de toutes les variétés d'accident que Pott a reconnus dans la maladie dont il trace le tableau. Il nous fait connaître ici une nouvelle forme dont il n'avait pas encore parlé, la carie sans courbure ; il la dit le plus souvent accompagnée d'abcès. Je ne puis, pour ma part, voir là une négation de ce qu'il a dit un peu auparavant de ces mêmes abcès survenant dans la carie avec courbure; je ne puis voir, dans cette indication d'une seconde cause d'abcès, une distinction absolue entre la lésion qui fait le principal sujet du travail de Pott et celle qui détermine les abcès par congestion.

Pott a dit, dans son *premier* mémoire (p. 238, 19 de la traduction française), que la courbure de l'épine, dans l'affection paralytique, se montre très-rarement à la région lombaire. Mais je ferai remarquer que Pott, dans son second travail, ne maintient plus ce qu'il avait dit dans le premier, du siége *très-rare* de la courbure paralytique aux lombes. Il se borne à dire (p. 268, 10 de la traduct.) que cette courbure peut affecter *le cou, le dos ou les lombes*, et s'il établit dans son résumé qu'elle est plus ordinaire aux vertèbres cervicales ou dorsales, et la carie sans courbure, cause fréquente d'abcès, plus ordinaire aux lombaires, il a soin d'ajouter que « cela n'est en aucune manière ni constant ni nécessaire. »

4° Si j'ai bien compris les paroles de notre savant collègue, l'anatomie pathologique de la maladie décrite par Pott ne s'appliquerait pas à l'affection qui produit les abcès. Les kystes, par exemple, trouvés devant la colonne vertébrale seraient des masses tuberculeuses ramollies. Ce serait l'affection tuberculeuse que Pott aurait décrite, sans connaître la nature d'une lésion organique dont on n'avait pas alors d'idée exacte.

Je ne suis pas, je l'avouerai, en état de dire si le mal vertébral avec

paralysie, et sans abcès, est ou non constamment une affection tuberculeuse. Mais, quand cela serait, des faits nombreux n'en prouveraient pas moins que la même affection, — les tubercules vertébraux, — est aussi une cause fréquente d'abcès. La maladie décrite par Pott serait donc, même dans cette supposition, identique à celle qui donne lieu à beaucoup d'abcès par congestion. Je ne me sens d'ailleurs pas capable de décider si tous les cas observés par le chirurgien anglais appartenaient ou non à la maladie tuberculeuse. Mais j'ai relu avec toute l'attention possible ses descriptions d'anatomie pathologique, en m'attachant surtout à celles de son second travail, dans lequel il rectifie, comme il nous en avertit lui-même, quelques erreurs qu'il avait commises dans le premier. Je n'ai point trouvé, dans ces descriptions, de lésion qui ne puisse appartenir indifféremment soit aux cas accompagnés uniquement de paralysie, soit aux cas où il existe des abcès. La Société pourra en juger en jetant les yeux sur les six planches de l'ouvrage de Pott; les vertèbres s'y montrent altérées comme dans tous les cas de ce genre, qu'il y ait eu ou non abcès par congestion, abstraction faite, bien entendu, des nombreuses variétés que l'on rencontre eu égard au siége, à l'étendue et même à la nature de l'affection osseuse.

Je n'ai considéré qu'une face de la question; il resterait à examiner jusqu'à quel point les observations modernes permettent de scinder l'affection vertébrale comme le voudrait M. Broca; jusqu'à quel point ses variétés anatomiques, que je rappelais il n'y a qu'un instant, peuvent rendre compte de la variété des symptômes et en particulier de la présence ou de l'absence de la paralysie et des abcès.

Si la Société de chirurgie n'est pas fatiguée de cette discussion, si son temps et son attention ne sont pas réclamés par des objets plus importants, je pourrai aborder ce sujet dans une séance prochaine.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Corps étranger des fosses nasales. — M. LEGOUEST présente un corps étranger retiré des fosses nasales d'un soldat qui, dans une rixe avec un charpentier, avait été blessé à la face par un de ces gros crayons de bois dont se servent les ouvriers. Cet instrument carré et presque aussi gros que le doigt avait été poussé avec une telle force que, pénétrant dans les tissus comme un poignard, il avait perforé la paroi latérale gauche du nez, et s'était brisé dans les fosses nasales, où un fragment long de près de 6 centimètres était resté implanté. La plaie extérieure s'était promptement cicatrisée. L'extraction a été assez labo-

rieuse. M. Legouest l'a exécutée sans débridement, en faisant pénétrer les instruments à travers la narine gauche.

M. CLOQUET cite un cas analogue de Béclard. Un coup de parapluie ayant perforé la joue et défoncé le sinus maxillaire, l'embout, consistant en un tube de cuivre aussi gros et aussi long que le doigt, resta implanté dans ce sinus. La peau s'était rétractée et masquait les bords du tube, dont la cavité fut prise pendant quelque temps pour la cavité même du sinus. On chercha même à dilater l'ouverture avec des mèches. La couleur du pus, verdie par les sels de cuivre, éveilla des soupçons; on reconnut le corps étranger, et on en pratiqua l'extraction.

M. GIRALDÈS cite un cas de Fabrice de Hilden tellement semblable au précédent qu'on pourrait les confondre, si le corps étranger dans ce cas n'eût été constitué par le tube de cuivre qui termine les fourreaux d'épée.

MM. BROCA, LARREY et LEGOUEST ont vu chacun un exemple de balle arrêtée ou enkystée dans les fosses nasales.

Exstrophie de la vessie. — M. VÉDRENNE, médecin de la garde impériale, présente en son nom et au nom de M. Lhoste, médecin à Montfort-l'Amaury, un cas d'exstrophie de la vessie. Cette pièce provient d'un enfant mâle, qui n'a vécu que quelques semaines; une dissection minutieuse a permis d'étudier la disposition exacte de toutes les parties de l'appareil génito-urinaire.

A l'hypogastre et entre les pubis existe une tumeur marronnée, brunâtre, formée par la procidence de la paroi postérieure de la vessie. Sa circonférence se continue sans ligne de démarcation avec la peau de la paroi antérieure de l'abdomen. Le pénis se présente sous la forme d'une demi-gouttière formée par la division longitudinale de la paroi supérieure de l'urètre. Le prépuce, fendu également en haut, est pendant au-dessous du gland. Le frein est très-distinct, ainsi que le raphé médian du scrotum. Des soies de sanglier ont été engagées avant toute dissection dans les orifices des uretères et des conduits éjaculateurs.

Les deux pubis sont écartés de plus de 3 centimètres, ainsi que les deux muscles droits qui s'y insèrent. Au surplus, les uretères, les canaux déférents, les vésicules séminales, les testicules, les tuniques vaginales, les enveloppes des bourses, les corps caverneux, présentent une disposition normale. Les tuniques vaginales ne communiquent plus avec le péritoine. Les reins sont en place, et sont peut-être un peu

plus gros que d'habitude; mais la différence, si elle existe, est peu prononcée.

M. CLOQUET a vu sur un garçon de treize ans une exstrophie vésicale, qu'il a déposée dans le musée de la Faculté. Contrairement à ce qui a lieu dans le cas actuel, et malgré l'âge déjà avancé du sujet, les deux testicules étaient encore contenus dans le ventre.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, PAUL BROCA.

Séance du 3 mars 1858.

Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Bras et mains artificiels. — M. LARREY présente un amputé du bras gauche, pour lequel, d'après ses indications, M. de Beaufort a construit un membre artificiel. C'est le perfectionnement d'un appareil soumis autrefois à l'examen de la Société (1).

Cet appareil figure les trois portions du membre, le bras, l'avant-bras et la main. Le bras et l'avant-bras forment une gaîne en cuir bouilli articulée au coude. L'avant-bras est mis en mouvement par la pression d'une pédale contre une petite plaque interposée entre le bras et la poitrine, près de l'aisselle; cette pédale abaisse une bride à charnière qui produit la flexion. L'appareil est soutenu et fixé, comme le crochet ordinaire des amputés, par une simple courroie, et non par un corsage incommode.

Quant à la main, celle qui avait été présentée en 1855 fonctionnait partiellement, au moyen d'une corde à boyau attachée à la bretelle. Le pouce seul était mobile, en pressant contre l'index, par un ressort dont l'action pouvait être limitée ou suspendue. C'est alors que M. Larrey engagea l'inventeur à se livrer à de nouvelles recherches pour donner à l'action de la main mécanique plus d'analogie avec celle de la main naturelle, en insistant sur la condition essentielle de proportionner la flexion et l'extension des doigts à des tractions plus ou moins prononcées. M. de Beaufort est parvenu à cet heureux résultat, en

(1) Séance du 28 novembre 1855.

combinant les rapports et les mouvements de petites pièces de bois découpées, qui non-seulement remplacent les os de la main, mais se substituent aux muscles, de telle sorte qu'une même traction produit alternativement deux mouvements opposés, savoir, l'extension et la flexion des doigts. La pression est même graduée à volonté; la position des doigts varie selon la forme des objets saisis, comme dans l'état naturel; les positions du pouce sont surtout diverses; l'isolement du médius est facultatif; le poignet se fléchit un peu sur l'avant-bras; et de plus la main fermée ne peut être ouverte que par la répétition du mouvement qui a fait fléchir les doigts.

Mais ce mécanisme, d'ailleurs assez simple, n'est bien compris que sur la vue même du nouvel appareil prothétique. M. de Beaufort a eu recours à M. Charrière pour la fabrication du bras. Il a lui-même confectionné la main.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Sur une variété particulière d'anévrysme traumatique. — M. LEGOUEST donne lecture des deux observations suivantes :

J'ai eu l'occasion de voir dans le cours de l'année dernière deux anévrysmes traumatiques offrant cette particularité, qu'ils recevaient le sang par le bout inférieur du vaisseau divisé, à l'exclusion du bout supérieur spontanément oblitéré.

J'observai le premier chez un militaire, couché dans les salles de clinique du Val-de-Grâce, où il était entré pour un phlegmon diffus de l'avant-bras droit; cette maladie, traitée selon les règles de la pratique la plus éclairée, ne marchait pas franchement néanmoins vers la guérison, et des abcès subaigus se formaient de temps à autre à différentes hauteurs et dans la profondeur du membre, dont les fonctions semblaient devoir être à tout jamais perdues. En l'absence de M. Larrey, un de ces abcès, siégeant vers le tiers supérieur de la face antérieure de l'avant-bras, fut ouvert par une ponction avec le bistouri; cette ponction donna lieu à un écoulement de sang vermeil, qui, d'abord mêlé de pus, sortit après peu d'instants pur, sans saccades, mais en quantité assez considérable pour inquiéter l'opérateur et l'engager à établir une compression sur le lieu même de la ponction.

Je fus prié de voir le malade cinq jours après l'accident; la petite plaie de la ponction, obstruée par un caillot solide, s'était en partie cicatrisée sous le pansement compressif; elle occupait le point culminant d'une tumeur oblongue, mal limitée, du volume d'un œuf environ, située sur le tiers supérieur du trajet de l'artère cubitale, et présentant

des battements obscurs ou plutôt un mouvement d'expansion isochrone aux pulsations artérielles. Je proposai d'inciser séance tenante cette tumeur, que je considérais comme résultant de la lésion de l'artère cubitale, d'aller à la recherche de ce vaisseau et de le lier.

Ce ne fut que deux jours après que cette opération fut pratiquée.

Arrivé directement dans le foyer de l'abcès, qui avait servi de cavité à l'épanchement sanguin, je trouvai immédiatement le bout inférieur de l'artère cubitale, à peu près isolé, nettement coupé en travers, dont le sang s'échappait par jets vermeils et saccadés, et sur lequel j'appliquai une ligature. Je me mis alors à la recherche du bout supérieur du vaisseau, que je ne trouvai pas; aucun écoulement de sang n'avait lieu, même en l'absence de toute compression sur l'artère brachiale, et je me décidai, après un quart d'heure de recherches infructueuses, à remplir mollement la plaie avec quelques bourdonnets de charpie maintenus en place par une simple compresse.

Aucun accident ne survint; la ligature tomba le septième jour, et la plaie se cicatrisa lentement, en raison de l'état général du blessé et de la gravité de l'affection dont le membre avait été le siége.

Cet anévrysme était donc alimenté par le bout inférieur seulement du vaisseau lésé; la profondeur et l'arrivée en retour du sang par un long trajet m'expliquaient le peu de netteté et de vigueur des battements qu'on y percevait; mais l'insuccès de ma recherche du bout supérieur de l'artère me parut digne d'attention. Je savais bien que le sang avait pu s'arrêter et le vaisseau s'oblitérer par le resserrement et la rétraction qu'éprouvent les artères divisées; mais je ne pensais pas que ce phénomène pût s'exercer dans une étendue aussi considérable que celle que j'avais donnée en haut à mon incision. Afin de m'en rendre un compte exact, je coupai sur deux cadavres l'artère cubitale à l'endroit même où elle l'avait été chez le malade dont je rapporte l'histoire, c'est-à-dire au point où, cessant d'être oblique de dehors en dedans, elle gagne le côté externe du nerf cubital pour se porter comme lui directement en bas et parallèlement à l'axe de l'avant-bras, et je constatai que sur l'un des sujets l'artère s'était rétractée en haut de 0,03 cent., et que sur l'autre cette rétraction s'élevait à 0,05 cent. environ.

L'obliquité de l'origine de la cubitale, la naissance plus directe de l'artère radiale, la tension éprouvée par l'artère brachiale sur l'extrémité articulaire de l'humérus dans la position étendue de l'avant-bras sur le bras donnée au membre pendant l'opération, me parurent être les causes de l'exagération des phénomènes habituellement observés.

Le second fait soumis à mon observation est plus récent. Dans les premiers jours du mois de septembre, deux jeunes paysans tendaient un piége à loups; l'un d'eux, par plaisanterie, laissa échapper le ressort de l'instrument à demi bandé, tandis que son compagnon y avait engagé l'avant-bras droit. Le piége se referma assez énergiquement pour que trois des dents qui le garnissaient pénétrassent dans l'avant-bras; l'une d'elles fit sur le bord radial du membre une petite plaie qui saigna si abondamment, que les jeunes gens ne purent arrêter le sang qu'en disposant leurs mouchoirs de façon à établir une compression sur la blessure même. Ce pansement provisoire resta en place trente-six heures, après lesquelles la constriction douloureuse et le gonflement de l'avant-bras et de la main engagèrent le blessé à réclamer les secours d'un médecin, qui prescrivit l'application de compresses imbibées de teinture d'arnica.

Deux mois après, je vis le malade, qui me donna les détails précédents, et je constatai que le membre était à peu près revenu à son volume ordinaire, les téguments de la face antérieure étaient épaissis, adhérents aux tissus sous-jacents, et présentaient toutes les nuances de l'ecchymose à ses différentes périodes. A la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur de l'avant-bras, existait une tumeur mal limitée, peu saillante, dont le grand axe était parallèle à celui du membre, du volume de la moitié d'une noix, plus dure dans le pourtour de sa circonférence qu'à son centre, où l'on voyait une petite cicatrice d'un rouge noir. Cette tumeur était agitée de mouvements d'expansion isochrones aux battements du cœur; la compression directe la réduisait imparfaitement; exercée au-dessus d'elle, son action était nulle; au-dessous, elle y faisait disparaître les battements.

Je pensai avoir affaire à un anévrysme faux imparfaitement circonscrit, et je m'expliquai l'inefficacité de la compression faite au-dessus de lui, sur le trajet de la radiale, par l'empâtement du membre au milieu duquel l'artère échappait à l'action du doigt.

Bien que le blessé pût se servir de sa main, tourmenté par des fourmillements et une pesanteur incommodes dans l'avant-bras et dans les doigts, il voulait être guéri.

J'incisai sa tumeur, et le sang jaillit aussitôt de la partie inférieure de mon incision, où je saisis le bout inférieur de la radiale, que je liai. Recherchant alors le bout supérieur, je ne pus le découvrir, et comme nul écoulement de sang n'avait lieu, alors même qu'aucune compression n'était faite sur l'artère brachiale, je jugeai inutile de poursuivre plus longtemps mes recherches : après une demi-heure d'attente, je

pansai à plat la plaie préalablement remplie de charpie mollette, et le blessé guérit sans accident ultérieur.

Les dispositions anatomiques que j'avais invoquées pour expliquer l'oblitération du bout supérieur de la cubitale dans le premier cas, ne pouvaient l'être dans celui-ci, et je fus forcé d'admettre que le resserrement et la rétraction, plus énergiques dans le bout supérieur que dans le bout inférieur du vaisseau divisé, avaient suffi pour en amener l'oblitération, favorisée sans doute par la compression directe exercée pendant les premières trente-six heures après l'accident.

Bien que ces deux affections aient été observées à l'avant-bras, où la lésion des artères exige presque toujours deux ligatures, en raison de la disposition spéciale de la circulation, elles me semblent démontrer cet enseignement, que dans les blessures d'artères donnant lieu, soit à un anévrysme, soit à une hémorrhagie, il faut, afin d'éviter une erreur ou une opération inutile, découvrir le vaisseau sur le lieu même de la lésion, et l'étreindre dans une ou deux ligatures, suivant les cas.

Cette méthode est aujourd'hui assez généralement adoptée, aussi n'ai-je eu d'autre but, en relatant ces deux observations, que d'apporter de nouveaux faits en sa faveur, en même temps que de signaler comme un phénomène de quelque intérêt l'oblitération spontanée du bout supérieur des vaisseaux d'une part, et de l'autre la liberté du bout inférieur, entretenant dans une cavité fermée les caractères d'une tumeur anévrysmale.

M. LARREY, dans un cas analogue à ceux de M. Legouest, ayant à traiter un anévrysme traumatique de l'artère humérale consécutif à un éclat de verre, a eu recours également à la méthode ancienne, et a lié les deux bouts du vaisseau divisé. Le malade a bien guéri, et a été présenté à la Société de chirurgie (1).

M. BROCA prie M. Legouest de donner quelques détails de plus sur les conditions qui existaient chez son second malade, et qui l'ont décidé à préférer dans ce cas la méthode ancienne aux autres méthodes. Ordinairement en effet, on ne se décide à ouvrir le sac que lorsqu'on ne peut pas faire autrement.

M. LEGOUEST répond que le souvenir de son premier malade a été pour beaucoup dans la décision qu'il a prise. Ayant vu une fois le bout supérieur de la cubitale oblitéré, il espérait que pareille chose pouvait exister sur la radiale chez son second blessé. C'est ce qui l'a empêché

(1) Séance du 5 novembre 1856.

de recourir à la méthode d'Anel, et il n'a pu que s'en féliciter, puisque la ligature de la radiale au-dessus du sac, si elle eût été exécutée, eût porté sur un vaisseau déjà oblitéré, et n'eût exercé aucune influence sur la marche de l'anévrysme.

M. CHASSAIGNAC est frappé de ce fait, qu'une poche terminée en cul-de-sac, et communiquant seulement avec l'un des bouts d'une artère coupée en travers, ait pu rester à l'état d'anévrysme. C'est contraire à ce qu'on observe ordinairement, et on ne comprend guère qu'avec une pareille disposition le mouvement du sang puisse continuer à s'effectuer dans l'anévrysme à un degré suffisant pour empêcher la coagulation. M. Chassaignac est donc porté à se demander si le bout supérieur n'était pas encore perméable, quoique trop petit pour fournir un jet de sang au moment de l'opération.

Au surplus, les faits de M. Legouest, quelque interprétation qu'on leur donne, montrent qu'avant de choisir la méthode opératoire dans le traitement des anévrysmes traumatiques, il faut étudier attentivement les changements respectifs que subit la tumeur lorsqu'on comprime alternativement l'artère au-dessus et au-dessous du sac.

M. LEGOUEST n'a pas été moins étonné que M. Chassaignac de la persistance des battements dans une poche sanguine qui ne recevait du sang que par le bout inférieur d'une artère; et c'est précisément cette particularité qui l'a déterminé à communiquer ses deux observations à la Société.

M. BROCA répond à une question de M. Chassaignac que la persistance des battements a été observée déjà plusieurs fois dans des conditions analogues à celles dont M. Legouest vient de citer des exemples. Sans parler des cas où la méthode de Brasdor n'a pas empêché la persistance et l'accroissement de l'anévrysme, on peut trouver dans les auteurs plusieurs exemples montrant que l'oblitération spontanée du tronc artériel immédiatement au-dessous du sac n'a pas arrêté le développement de la tumeur. Donald Monro a publié une observation de ce genre, et il y en a d'autres. En outre, on a vu des anévrysmes artériels se former au-dessus des ligatures, sur l'extrémité d'une artère terminée en cul-de-sac, soit à la suite des ligatures d'amputation, soit à la suite des ligatures appliquées dans la continuité des vaisseaux. Ruysch, Warner, MM. Parker et Delacour ont cité des cas de ce genre.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Abcès par congestion. — Injection iodée pénétrant dans le péritoine à travers une rupture. — Mort prompte. — M. MARJOLIN présente des pièces provenant d'un enfant âgé de cinq ans et demi, mort sept quarts d'heure après une injection iodée poussée dans un abcès par congestion déjà fistuleux.

Voici cette observation :

« Dans le courant du mois de septembre 1857, la nommée J. Allard, âgée de 5 ans, d'un tempérament essentiellement lymphatique, entra dans mon service pour une gibbosité peu prononcée de la région lombaire, et pour une nécrose des phalanges d'un orteil. Comme à cette époque nous n'avions constaté l'existence d'aucun abcès symptomatique, soit aux lombes, soit dans le bassin, et que d'ailleurs la constitution de l'enfant n'était encore que peu affaiblie, je regardai le pronostic comme moins fâcheux que de coutume, et je n'hésitai pas à faire appliquer successivement, à quinze jours d'intervalle, huit mouches de pâte de Vienne le long des gouttières vertébrales. L'enfant fut en outre, autant que possible, couchée sur le ventre et soumise à un régime fortifiant, à l'usage du sirop d'iodure de fer et du vin de quinquina, etc. Dans le courant de novembre, un abcès peu saillant, environ du volume d'une noix, se montra sur la partie latérale gauche de la région malade. Comme on pouvait espérer que sous l'influence du traitement général, vu le peu de volume de cette collection, elle pouvait encore se résorber, je ne voulus point faire de ponction.

Plus tard, vers la fin de décembre, un nouvel abcès plus volumineux se manifesta à la partie interne et moyenne de la cuisse gauche ; en examinant avec soin cette nouvelle collection, je reconnus qu'elle communiquait facilement avec la première tumeur des lombes. A ce moment il me sembla que la saillie de la gibbosité avait notablement diminué. J'étais bien décidé à ouvrir l'abcès le plus promptement possible, avant que la collection fût devenue trop considérable et les téguments amincis, mais un érysipèle du dos, ayant pour point de départ les cautères, m'obligea à ajourner la ponction. A ce moment il y eut une véritable épidémie d'érysipèles dans le service de chirurgie, garçons et filles.

L'ouverture de l'abcès fut faite avec un bistouri très-étroit le 18 février, avec toutes les précautions voulues : 1° pour éviter autant que possible l'introduction de l'air dans le foyer; 2° pour éviter de léser les

vaisseaux qui croisaient la direction de l'abcès. Le pus qui s'écoula était mal lié, mêlé de grumeaux; il en sortit une très-grande quantité. Immédiatement après, j'introduisis par l'ouverture une sonde en gomme élastique peu volumineuse. Cette sonde pénétra au plus de 4 à 5 centimètres sans atteindre la hauteur du ligament de Fallope; un lavage fut fait avec de l'eau tiède, et ensuite une injection iodée avec la teinture d'iode, formule de Guibourt. Aucune réaction n'eut lieu le lendemain ni les jours suivants; et en voyant l'état général et la diminution de la suppuration, je croyais, cette fois, avoir rencontré un cas favorable à la méthode des injections iodées; aussi, le 25 février, je n'hésitai pas, après avoir fait un lavage, à faire une nouvelle injection iodée. Malheureusement, cette fois, je fus témoin d'un accident dont je vais rapporter tous les détails.

J'avais introduit *moi-même* la sonde dans le foyer, avec les mêmes grandes précautions que la première fois; le lavage avait été fait, et l'injection iodée avait à peine pénétré dans le foyer, qu'à l'instant même l'enfant poussa des cris, accusant une vive douleur dans l'abdomen, principalement à gauche.

Comme je le fais habituellement, je fis sortir ce que je pus de la teinture d'iode qui avait été injectée, et l'enfant fut pansée et replacée dans son lit. A ce moment, elle fut prise de vomissements et d'envie d'aller à la selle, les douleurs abdominales persistant. Un large cataplasme appliqué sur le ventre sembla amener un peu de calme, mais au bout d'une demi-heure de nouveaux vomissements survinrent; ce n'étaient plus, comme la première fois, des matières alimentaires, c'était un liquide brun comme de la sépia.

L'enfant tomba alors dans un abattement profond; les traits se grippèrent, le visage devint pâle, les yeux caves; la peau se refroidit; le pouls, qui était très-accéléré, devint d'une petitesse extrême. Il n'y eut ni hoquet ni ballonnement du ventre. La connaissance était restée intacte: la petite malade répondait parfaitement à toutes les questions, mais d'une voix éteinte. Cet état dura environ une heure, puis de nouveaux vomissements survinrent, analogues à ceux dont nous avons parlé, et la mort eut lieu deux heures après l'injection. A la même visite, j'avais pratiqué deux autres injections iodées dans la même salle pour des cas analogues; aucun accident n'était survenu.

L'enfant avait pris le matin, suivant l'habitude, un peu avant la visite, une assiette de soupe et deux cuillerées à bouche de sirop d'iodure de fer. La matière brune des vomissements, qui fut analysée de suite, contenait une forte proportion d'iode.

Quelle pouvait être la cause d'accidents aussi instantanés et aussi terribles? Pour moi, il n'y avait pas de doute, la poche de l'abcès s'était rompue, soit spontanément pendant les efforts de l'enfant, soit pendant l'une des deux injections, ou celle faite avec de l'eau tiède, ou celle faite avec la teinture d'iode; mais ce qui était certain, et ce qui m'était confirmé par l'analogie des symptômes dont j'avais déjà été témoin une fois en ville avec MM. Danyau et Contour, c'est que bien certainement, outre les accidents dus à une péritonite suraiguë suite d'une perforation du péritoine, il y avait encore une intoxication causée par l'introduction d'une certaine quantité d'iode dans la cavité abdominale.

Voici les détails recueillis à l'autopsie par M. Pradaud, interne du service, qui a rédigé la note suivante :

L'autopsie fut faite vingt-six heures après la mort. Le ventre n'était nullement ballonné. Nulle part on ne remarquait de changement de couleur à la peau. En examinant la région dorsale, il serait bien difficile de dire si jamais il y a eu une gibbosité.

La cavité abdominale contient une notable quantité de sérosité rosée, au milieu de laquelle nagent en assez grande abondance des détritus puriformes et quelques flocons gélatineux qui ont en quelque sorte emprisonné quelques-uns de ces détritus. La coloration de la sérosité n'est pas très-foncée. Nulle part dans la cavité du péritoine on ne trouve de fausses membranes soit anciennes, soit récentes ; seulement tout le feuillet de cette membrane, contigu à la paroi abdominale, présente une arborisation rosée qui fait distinguer les vaisseaux les plus ténus. Aucune adhérence entre les anses intestinales; pas la moindre agglutination.

L'intestin fut détaché avec soin, deux ligatures ayant été placées à ses extrémités; nulle part il n'y avait de perforation. Il n'en était pas de même de la portion du péritoine tapissant la paroi postérieure de l'abdomen. En effet, sur la partie latérale gauche de la région lombaire, à peu près à un intervalle égal entre la partie inférieure du rein et la symphyse sacro-iliaque, il existe une déchirure irrégulière du péritoine, assez large pour permettre l'introduction du petit doigt. Par rapport à l'étendue totale du foyer, cette ouverture existe à la hauteur de la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Un examen très-attentif du foyer permit de constater jusqu'à quelle hauteur l'injection iodée avait pénétré, la coloration jaune existant encore sur les parois du trajet. Non-seulement elle n'avait pas dépassé l'ouverture accidentelle, et n'arrivait pas dans le haut de l'abcès qui s'étendait en arrière

tout le long du rein gauche, mais elle ne pénétrait pas jusque dans les portions malades des trois dernières vertèbres lombaires, point de départ de l'affection. Là cependant il existait, par suite de la destruction partielle du corps des vertèbres, un foyer assez étendu.

La portion de la colonne malade fut enlevée avec précaution, et voici ce que l'on put voir : au premier aspect, toute trace de gibbosité avait disparu; les corps des troisième, quatrième et cinquième vertèbres lombaires sont couverts par une sorte de magma blanchâtre purulent, en tout semblable à la matière sur laquelle reposait le rein ; cette matière n'est nullement colorée par l'iode; elle recouvre non-seulement tout le corps des vertèbres, mais s'étend aussi un peu sur les parties latérales et sur la partie supérieure du sacrum. L'altération pathologique a principalement porté sur le corps des deux dernières vertèbres lombaires et sur la partie supérieure du sacrum; les disques intervertébraux entre les troisième, quatrième et cinquième vertèbres lombaires sont totalement détruits. Le corps des deux dernières vertèbres est érodé, en partie détruit, principalement sur la partie latérale droite; l'altération osseuse n'a pas l'aspect de la carie; le tissu osseux est devenu d'un blanc jaunâtre; il est dur et couvert de rugosités; à l'union du sacrum avec la dernière vertèbre, on retrouve la même altération.

Les disques intervertébraux sont remplacés par de la matière pultacée; il est possible même que l'affection se soit étendue dans ce point jusqu'à l'intérieur du rachis, point qu'on pourra peut-être élucider après la coupe de la pièce. Les deux dernières vertèbres avaient éprouvé une telle usure sur la partie latérale droite de leur corps que, si l'enfant eût survécu, très-vraisemblablement il y aurait eu une inclinaison latérale droite du tronc sur le bassin.

A ces détails, qui ont été recueillis devant moi et que j'ai pu vérifier ayant la pièce sous les yeux, j'ajouterai que très-probablement l'étroitesse du canal, de l'abcès migrateur dans la fosse iliaque gauche, a pu empêcher de reconnaître l'époque précise où des lombes le pus a fusé à travers la gaîne du muscle psoas et iliaque jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Les dimensions du canal permettaient au plus dans un point l'introduction du petit doigt.

Sitôt après l'autopsie, j'eus soin de faire examiner au point de vue de la question de toxicologie plusieurs parties du corps de l'enfant. L'estomac, le cœur, des portions de foie, un rein, une certaine quantité de sang et de sérosité du péritoine furent soumis à l'analyse chimique par l'interne en pharmacie du service et l'un de ses collègues, et con-

stamment dans chacune de ces parties on trouva une certaine quantité d'iode. »

M. BOINET demande à M. Marjolin si la rupture de la poche purulente paraissait ancienne ou récente.

M. MARJOLIN pense que cette rupture s'était produite pendant l'injection, mais qu'elle a été favorisée par l'amincissement préalable des parois de la poche. Il serait fort possible d'ailleurs qu'elle eût été déterminée par les mouvements convulsifs que l'enfant exécutait pendant l'opération. L'extension violente du tronc en arrière a bien pu suffire pour produire ce résultat.

M. BOINET pense que l'injection iodée a pénétré dans le péritoine, et dès lors ne s'étonne plus des accidents qui sont survenus. Il a observé une fois la pénétration de l'iode dans le péritoine chez une femme atteinte d'ascite, qu'il opérait par la méthode de l'injection, croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire. Au moment où les premières gouttes de teinture d'iode arrivèrent dans le péritoine, la malade poussa un cri; M. Boinet s'arrêta aussitôt, reconnut son erreur, fit dans la cavité de la séreuse un lavage à grande eau, réussit à combattre de formidables accidents, et finit par guérir sa malade; mais cette observation l'a convaincu du danger immense qu'il y a à faire passer une injection iodée dans le péritoine. Les accidents survenus sur le petit opéré de M. Marjolin ont été bien plus terribles; c'est probablement parce que la quantité de liquide introduite dans le péritoine était plus considérable.

M. MOREL-LAVALLÉE demande à M. Marjolin comment il a pu savoir que l'iode n'était pas arrivé jusque sur la lésion osseuse, et s'il a trouvé un obstacle capable d'arrêter le liquide en chemin. Il ajoute que la mort très-rapide, presque foudroyante, peut survenir à la suite des épanchements abdominaux sans qu'on trouve à l'autopsie de lésions caractéristiques de la péritonite. Il en a vu plusieurs exemples.

M. MARJOLIN a su que l'injection n'était pas arrivée jusque sur les vertèbres malades, parce que ces vertèbres n'étaient pas tachées d'iode. Quant à l'obstacle qui a pu arrêter le liquide, il ne le connaît pas. Il reconnaît toutefois que la rupture de la poche, en ouvrant à l'injection une entrée facile dans le péritoine, a pu contribuer à l'empêcher de remonter plus haut. Mais il a dû en pénétrer bien peu dans cette cavité séreuse, puisque la sérosité péritonéale au moment de l'autopsie était très-peu colorée.

M. FORGET s'étonne qu'à l'autopsie on ait trouvé si peu d'iode dans le péritoine. Il demande si on a analysé la sérosité péritonéale pour

savoir quelle proportion d'iode elle renfermait. Quant à la perforation, il ne comprend guère comment elle a pu se produire, à moins que M. Marjolin ne puisse donner d'autres explications. Il importerait en particulier de savoir quelle était la quantité de liquide qu'il injectait chaque fois, et à quelle profondeur il introduisait la sonde.

M. MARJOLIN a fait faire des analyses qualitatives et non quantitatives; il s'est assuré de la présence de l'iode dans les liquides et dans les tissus, mais il n'en a pas fixé la dose. Il ne peut donc répondre à la question de M. Forget. Il répond sur le second point qu'il a pris toutes les précautions opératoires possibles; qu'il n'a pas fait remonter la sonde plus haut que le ligament de Fallope, qu'il a fait pousser avec une force modérée. Il ne peut préciser la quantité de teinture d'iode qui a été injectée, mais il est parfaitement sûr que la poche n'a pas été distendue par ce liquide, puisque le trop-plein revenait par regorgement entre la canule et les bords de la fistule.

M. BROCA, après avoir examiné la portion de colonne vertébrale présentée par M. Marjolin, prie ses collègues de constater qu'il ne s'agit ni d'une tuberculisation osseuse, ni d'une carie, ni d'une nécrose, mais d'une affection bien différente décrite depuis quelques années sous le nom d'arthrite vertébrale.

Conicité du moignon. — **M. VERNEUIL** présente le fémur d'un enfant à qui il a coupé la cuisse par la méthode à un lambeau antérieur. Le résultat parut d'abord fort bon; tout alla bien pendant quelque temps, et la plaie était presque fermée, lorsqu'un jour la peau devint rouge, les chairs se rétractèrent, la cicatrice se perfora, et l'os fit à l'extérieur une saillie d'environ 3 centimètres. Cet os était blanc, dénudé, la cavité médullaire était béante, et tout paraissait annoncer qu'un séquestre annulaire volumineux allait se détacher; mais peu à peu la boutonnière de la peau se rétrécit; une membrane de cicatrice se prolongea de proche en proche à la surface de l'os, qui finit par se recouvrir entièrement, sans la moindre élimination de séquestre, sans la moindre exfoliation apparente.

Toutefois l'enfant s'éteignit au bout de quelques mois. M. Verneuil présente aujourd'hui le fémur et une partie des chairs voisines. Une couche osseuse nouvelle, assez épaisse, formée d'un tissu spongieux assez dense, forme autour de l'os ancien une gaîne sous-périostale qui s'étend depuis l'extrémité du moignon jusqu'au niveau des trochanters. Un petit séquestre en forme d'aiguille, et long d'environ 2 centimètres, est emprisonné sous l'os nouveau vers la partie supérieure.

Quant à l'extrémité inférieure du moignon, elle ne présente aucune trace de nécrose actuelle ou passée.

Asphyxie par un bol alimentaire introduit dans les voies aériennes. — M. TRUDEAU, agrégé au Val-de-Grâce, présente le larynx et le pharynx d'un militaire mort presque subitement pendant un repas. Voici cette observation :

« Dimanche dernier (28 février), un sous-officier de grenadiers, âgé de trente-huit ans, d'une forte constitution, ayant un peu trop bu le matin, se trouva sans appétit au moment du repas. Il prit cependant son bouillon et mit dans sa bouche un morceau de bœuf bouilli du volume d'un œuf. Après l'avoir à peine insalivé, il veut l'avaler ; mais tout d'un coup on le voit changer de couleur et prêt à suffoquer. Un camarade lui enfonce dans le pharynx d'abord un doigt, puis le manche d'une cuiller, sans rien trouver. On le prend sous les bras, et on le conduit à sa chambre, au troisième étage de la caserne.

Il peut encore monter; mais la tête est tombante, la bouche entr'ouverte, la respiration anxieuse. Placé sur son lit, il fait quelques efforts incomplets de vomissements, et il expire. Dix-huit minutes s'étaient écoulées depuis le moment où il avait ingurgité le morceau de viande.

A l'autopsie, faite au Val-de-Grâce 48 heures après, je remarque une saillie très-prononcée de la région sus-hyoïdienne ; la langue est repoussée en avant et en haut. Le doigt introduit dans la bouche sent un corps étranger un peu au-dessous de l'isthme du gosier. Les veines jugulaires antérieures, externes et internes sont distendues par le sang. Les poumons et le cerveau présentent tous les caractères de la mort par asphyxie.

Après avoir scié la symphyse du menton, on sépare complétement la langue et le pharynx de leurs points d'attache ; le larynx et l'œsophage sont coupés au niveau du sternum.

Le morceau de viande apparaît alors; il est arrêté à la base de la langue, immédiatement sur l'orifice supérieur du larynx. L'épiglotte, au lieu d'être abaissée, est relevée verticalement. Le morceau de viande pèse 37 grammes ; il a la forme d'un cône de 6 centimètres de hauteur et de 12 centimètres de circonférence à sa base.

D'après les renseignements recueillis et l'examen de la pièce, le fait s'explique de la manière suivante : Le bol, trop volumineux, descend d'abord jusqu'au rétrécissement œsophagien, au niveau du cartilage cricoïde. Le malade respire avec peine, mais il peut encore

monter à sa chambre. Vient un effort de vomissement qui fait remonter le bol; celui-ci relève l'épiglotte et se place comme un tampon devant l'orifice supérieur du larynx. Alors la mort par asphyxie est presque immédiate.

Ce fait doit rendre réservé dans l'usage des moyens employés pour faire régurgiter les corps étrangers introduits dans l'œsophage ; on doit craindre qu'ils ne s'arrêtent au niveau de l'orifice des voies aériennes. Si ce fâcheux accident arrivait , on devrait se hâter de les saisir avec des pinces et de les extraire. Le peu de profondeur de la partie rendrait cette opération facile.

L'extraction devrait être faite lors même que l'on arriverait quelques minutes seulement après que la respiration a cessé. La mort peut n'être encore qu'apparente , et la respiration artificielle, secondée par les autres moyens conseillés contre l'asphyxie, peut produire dans des cas pareils une véritable résurrection. »

M. LARREY rappelle que les accidents de ce genre s'observaient assez souvent chez les soldats lorsqu'on les faisait manger à la gamelle commune ; aujourd'hui qu'ils mangent plus tranquillement à la petite gamelle, ces cas sont devenus beaucoup plus rares.

M. CHASSAIGNAC , dans un cas où un tendon volumineux s'était arrêté dans l'œsophage, comme dans l'observation d'Habicot, s'est servi d'un paquet de sondes uréthrales pour repousser le corps étranger jusque dans l'estomac.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : P. BROCA.

TUMEUR DITE FIBRO-PLASTIQUE DE LA CUISSE ;

EXTIRPATION TOTALE , RÉCIDIVE , CACHEXIE, MORT, EXAMEN ANATOMIQUE.

Observation présentée le 17 février 1858 par M. LARREY.

Le malade, présenté la première fois à la Société le 18 juin 1856, était un maître poudrier d'artillerie, âgé d'une quarantaine d'années, doué d'une constitution et d'une santé excellentes. Il avait eu la cuisse droite souvent heurtée par la percussion d'un manche de pic ou de

pioche. Une tumeur, à peine perceptible au début, s'était manifestée dès 1851, vers la face antérieure et interne du tiers moyen du membre. Son développement progressif, d'abord assez lent, rapide ensuite, s'accrut beaucoup par le choc d'un madrier. Son volume était enfin devenu tel, qu'occupant la plus grande partie de la cuisse, cette tumeur mesurait 80 centimètres de circonférence à sa base, et s'étendait en haut vers le pli de l'aine, en bas jusque vers le genou. Elle offrait tous les signes présumés des tumeurs fibro-plastiques.

L'extirpation en fut pratiquée deux mois après au Val-de-Grâce par M. Larrey, qui rendit compte de cette opération le 20 août 1856, à la Société, en lui soumettant l'examen anatomique de la tumeur. Elle semblait cancéreuse aux yeux de quelques-uns, mais exclusivement fibro-plastique pour d'autres.

Cette opération grave, après quelques accidents de défaillance, eut un résultat à peu près inespéré. Le malade, paraissant guéri, fut présenté de nouveau à la Société le 14 janvier 1857. La vaste plaie s'était cicatrisée dans toute son étendue, sans montrer la moindre trace de récidive ; et la cuisse avait même repris sa forme normale, sans atrophie ni rétraction du membre. La marche enfin pouvait se faire à l'aide d'une canne, sauf un peu de roideur dans les mouvements.

Ce fut dans ces heureuses conditions que l'opéré sortit de l'hôpital, le 18 janvier 1857, pour retourner à son poste, en Bretagne, et dès la fin de février il put reprendre ses travaux de maître poudrier à Pont-de-Buitz, malgré une ulcération superficielle et accidentelle de la cicatrice, vers un point de sa partie inférieure. Il se sentait cependant en bon état jusqu'au mois de mai, lorsque la fatigue l'obligea à s'aliter, bien que la cicatrice n'offrît aucune altération.

Envoyé, le 1er juin, aux eaux de Baréges, il s'en trouva bien et en revint deux mois après, assez fort pour supporter de longues marches sans le secours même de sa canne. Mais, dès son séjour aux eaux, il avait remarqué, vers la partie supérieure de la cicatrice, une petite tumeur grosse comme une noisette, dure, indolente, de la même couleur que le tissu cicatriciel ; et il ne s'en était point inquiété, lorsque, dans les premiers jours du mois d'août, il commença à éprouver dans le membre un engourdissement pénible, puis de véritables douleurs, et un malaise général qui le força de suspendre ses travaux. Dès lors apparurent sur différents points de la cicatrice indurée plusieurs bosselures violacées, d'abord petites, dures, rénitentes, et peu sensibles à la pression. L'une de ces bosselures, située à l'extrémité inférieure, s'accrut rapidement et s'étendit jusque sous le jarret, en entraînant

la flexion de la jambe sur la cuisse, avec augmentation des douleurs et sensation de chaleur.

Le 15 septembre, l'une des tumeurs du milieu se ramollit, s'ulcéra, en donnant lieu à plusieurs hémorrhagies peu abondantes et facilement arrêtées, mais qui affaiblirent le malade. Les autres bosselures grossissaient de plus en plus en subissant un travail de ramollissement. Le 3 octobre, des douleurs lancinantes bien caractérisées furent senties dans la cuisse, et une hémorrhagie considérable provenant de l'ulcération ne fut suspendue qu'avec peine, pour se reproduire les jours suivants.

Le malade, très-affaibli par ces pertes de sang, voulut revenir au Val-de-Grâce, où il fut reçu, le 8 octobre, dans de malheureuses conditions. On dut tout d'abord combattre une nouvelle hémorrhagie par le tamponnement et par le perchlorure de fer. La pâleur de la face, la petitesse du pouls, l'affaiblissement de la constitution, réclamaient avant tout un régime aussi réparateur que possible. L'hémorrhagie supprimée permit d'enlever l'appareil le surlendemain; toutes les pièces de linge et la charpie étaient imprégnées d'une suppuration abondante, sanieuse et fétide, provenant de l'ulcération. La cuisse, mise à nu, se trouvait déformée par quatre principales bosselures ou tumeurs siégeant sur différents points de la cicatrice, qui s'étendait depuis la région sous-inguinale jusque vers le genou. Chacune de ces tumeurs, du volume d'un œuf ou un peu plus, était recouverte d'un tissu cicatriciel aminci, et offrait à son sommet une fausse fluctuation, comme celle du tissu encéphaloïde ramolli, tandis que la base était dans un état d'induration squirrheuse. Une tumeur plus volumineuse que celle-là siégeait à la partie inférieure de la cicatrice, et soulevait la peau près du genou. La jambe, rétractée sur la cuisse, ne permettait pas les moindres mouvements, sans déterminer des douleurs ou sans les augmenter. Les pièces de pansement, imprégnées de persulfate de fer au lieu de perchlorure, empêchèrent le retour des hémorrhagies. Mais bientôt l'ulcération, s'agrandissant davantage, mit à découvert un tissu grumeleux, rougeâtre, comme un caillot sanguin dissocié, dont des portions se détachaient facilement.

L'état général du malade était devenu meilleur par le repos absolu et par le régime analeptique. L'état local, au contraire, s'aggravait par l'ulcération des diverses tumeurs et par l'imminence de nouvelles hémorrhagies qui furent prévenues ou arrêtées à l'aide de l'eau hémostatique. Le tissu cicatriciel compris entre les tumeurs fut détruit par gangrène, et toute l'étendue de la vaste cicatrice fut remplacée par une

plaie ulcérée profondément, à bords saillants, irréguliers, et dont le fond blafard laissait à nu la gaîne des vaisseaux fémoraux. Les battements de l'artère étaient visibles.

Enfin, dans les derniers jours d'octobre, la suppuration abondante, ichoreuse et fétide de cette immense plaie épuisa les forces du malade, en même temps que le reste de la cicatrice se détruisait par ulcération gangréneuse. Cependant, vers le 10 novembre, le fond de la plaie semblait se déterger et se couvrir de bourgeons charnus assez volumineux, comme si un travail réparateur tendait à s'établir, et déjà des traces de cicatrisation nouvelle apparaissaient sur les bords, lorsqu'à la partie supérieure se développa un champignon fongueux, résistant, dont la consistance mollasse et l'accroissement rapide avaient bien l'aspect des productions cancéreuses. En augmentant de volume, dans le courant de décembre, il sembla se pédiculiser par la cicatrisation progressive d'un côté à l'autre de la cuisse.

C'est alors que, malgré cette amélioration partielle, des symptômes généraux se déclarèrent; la fièvre survint avec de la diarrhée, la teinte jaune-paille de la peau annonça une cachexie générale, et dans les premiers jours de janvier 1858 une douleur dans le côté droit de la poitrine, au-dessous des fausses côtes, compliqua cette situation, qui, s'aggravant de plus en plus pendant un mois, amena enfin la mort le 12 février.

Ce complément de l'observation a été recueilli avec la plus grande exactitude par M. Lhonneur, aide-major de la clinique, en même temps que M. Baizeau, agrégé de l'école, donnait les derniers soins au malade. M. Legouest, qui m'a remplacé comme professeur, a procédé enfin à l'autopsie, dont voici le résultat sommaire:

Teinte jaunâtre de la peau de toute la surface du corps; émaciation profonde. — Rien de notable dans la cavité crânienne. — Tumeur dans la poitrine, du côté droit, légèrement adhérente au sternum et naissant de la racine du poumon, en avant des grosses bronches et des vaisseaux, et semblant s'être développée dans le médiastin. Elle est formée d'une substance molle, colloïde, d'un blanc jaunâtre, striée de sang vers le pédicule. Autres petites tumeurs composées de la même substance, siégeant au-dessous de la plèvre viscérale et refoulant le parenchyme pulmonaire. — Ganglions bronchiques noirs hypertrophiés, très-ramollis. — Aucune trace de tuberculisation. — Ramollissement de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin. — Foie volumineux et dur; veines hépatiques et veine-cave gorgées de sang.

Etat de la cuisse déjà décrit: série de tumeurs mamelonnées, molles,

quelques-unes ulcérées, composées toutes de la même substance que la tumeur du thorax.

L'examen microscopique de la substance de toutes les tumeurs, fait avec le plus grand soin par MM. Coulier et Trudeau, agrégés de chimie et d'anatomie, a présenté une quantité considérable de matière grasse et une proportion notable de *cellules cancéreuses*. La matière mélangée des ganglions bronchiques contenait aussi des cellules cancéreuses, que d'autres observateurs considéreront peut-être comme des noyaux fibro-plastiques.

M. Larrey présente avec la pièce anatomique une pièce artificielle moulée quelque temps avant la mort, et coloriée par M. Léger, d'après le procédé de Thibert. Ces pièces, jointes aux précédentes, appartiennent au musée du Val-de-Grâce.

Examen microscopique de la pièce présentée par M. Larrey. — M. Verneuil a examiné le tissu de la tumeur de la cuisse, des ganglions inguinaux, et des foyers du poumon; partout la composition a semblé identique; la pulpe de ces tumeurs était composée de noyaux ovoïdes ou sphériques, à contours nets, uniformément granuleux, avec nucléoles très-petites ou sans nucléoles.

Dans la tumeur de la cuisse, les noyaux sphériques étaient plus abondants que les noyaux allongés. Dans les tumeurs du poumon, c'était le contraire.

Ces noyaux, qui composaient à peu près sans mélange tout le tissu morbide, sont les types connus et décrits sous le nom de noyaux fibro-plastiques des deux variétés sphérique et elliptique.

Séance du 10 mars 1858.

Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. **Chassaignac** présente un homme adulte à qui il a pratiqué la résection pour une fracture non consolidée de la partie moyenne du fémur. Cet homme, dans une chute d'un lieu élevé, s'était fait des fractures multiples des os de la face; en outre, il s'était fracturé obliquement le corps du fémur droit, et l'un des fragments avait fait issue à

travers les chairs. La réduction de cette dernière fracture ne put être maintenue, à cause des accidents qui survinrent. La plaie se referma, mais les fragments, qui chevauchaient notablement l'un sur l'autre, se cicatrisèrent isolément, et la consolidation ne put être obtenue. Sept mois après, M. Chassaignac se décida à entreprendre une opération, et donna la préférence à la résection, parce que, les fragments n'étant pas placés bout à bout, les autres méthodes paraissaient devoir échouer. Une incision en C, à base tournée en haut, fut pratiquée à la face antéro-externe de la cuisse, et permit d'atteindre successivement les deux fragments. Aujourd'hui, la plaie est cicatrisée, et la consolidation est complète; seulement, il y a un raccourcissement assez considérable, le cal est irrégulier, et le membre présente à ce niveau une déviation anguleuse. Toutefois, l'application d'un appareil suffit pour remédier à cet inconvénient, et le malade marche très-bien.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Suite de la discussion sur le mal vertébral. — M. BROCA, en réponse aux opinions émises par plusieurs membres de la Société, et notamment par M. Bouvier, sur l'unité du mal vertébral, lit un travail intitulé : *Des différences qui existent entre les deux principales espèces du mal vertébral.*

— M. VALLET, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, lit un travail intitulé : *Deux cas de résection partielle du maxillaire supérieur, pratiquée pour extraire des polypes volumineux des fosses nasales, du pharynx et du sinus maxillaire.*

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Désarticulation coxo-fémorale ; succès. — M. LARREY présente, au nom de M. Peixoto, de Rio-Janeiro, le fémur d'un homme à qui ce chirurgien a pratiqué avec succès la désarticulation de la cuisse. Voici le sommaire de l'observation qui a été communiquée à l'Académie de médecine :

« Un Brésilien, âgé de quarante-deux ans, d'une bonne constitution, mais atteint d'accidents de syphilis tertiaire et d'un rhumatisme articulaire généralisé, sentit cette dernière affection se fixer dans le membre abdominal gauche. Un vaste abcès froid se développa dans la cuisse, au mois d'avril 1857, sans autre cause appréciable. Une infiltration purulente des muscles amena la dénudation et la carie du fémur, dans la plus grande étendue de sa diaphyse. La fracture de son extrémité inférieure survint alors, dans un simple mouvement du malade pour

uriner. Il fut soumis le 18 août à l'examen de M. Peixoto, qui le trouva dans un état d'émaciation prononcée, sans que le membre lui offrît de chances de conservation.

» On fut donc d'avis d'amputer la cuisse le plus haut possible, sans en venir immédiatement à la désarticulation ; mais M. Peixoto crut devoir la pratiquer, eu égard à l'étendue de l'altération osseuse. Il procéda par la méthode à lambeau antéro-postérieur. L'opération, simplifiée par l'emploi du chloroforme, ne présenta rien de notable.

» La réunion fut faite par première intention, et un traitement commencé par l'iodure de potassium fut continué. La ligature de l'artère fémorale tomba le seizième jour, la suppuration fut abondante et prolongée; la cicatrisation enfin parut complète le 5 octobre, quarante-quatre jours après l'opération. Nous en connaîtrons plus tard le résultat définitif.

» Quant à la pièce anatomique, elle nous montre une ostéite condensante plutôt que raréfiante de la diaphyse du fémur, depuis l'extrémité inférieure, irrégulièrement rompue à quelques centimètres au-dessus des condyles, jusque vers la base des trochanters.

» D'après cette limite de l'altération, il eût été possible peut-être de s'en tenir au parti pris d'abord, à savoir, d'amputer le membre dans la continuité, si rapprochée que fût l'articulation. »

Fracture en V du tibia. — M. DEGUISE présente un nouvel exemple de fracture en V du tibia, provenant d'un malade à qui il a été obligé de couper la cuisse. Cette fracture, produite dans une chute, était située vers le tiers inférieur de la jambe, et était compliquée de plaie avec issue des deux fragments. Pour obtenir la réduction, M. Deguise fut obligé de réséquer l'extrémité des deux fragments. Pendant cette opération, il remarqua sur le fragment inférieur une fêlure presque verticale qui partait du sommet de l'angle rentrant du V, et qui se dirigeait vers l'articulation tibio-tarsienne. De graves accidents survinrent ; des fusées purulentes se formèrent, et remontèrent jusqu'au genou ; enfin le malade, épuisé par la fièvre, par le dévoiement et par l'excès de suppuration, a dû se soumettre à l'amputation de la cuisse.

Sur la pièce que présente M. Deguise, on trouve toutes les lésions des fractures en V, telles que M. Gosselin les a décrites. La fêlure verticale du fragment inférieur pénètre dans l'articulation tibio-astragalienne ; celle-ci renferme une mince couche de sang coagulé, mais ne paraît pas autrement malade.

M. GOSSELIN demande s'il y a du pus infiltré dans la moelle et dans le tissu spongieux.

M. DEGUISE répond qu'il n'y avait pas de pus dans la moelle, mais qu'il n'a pas encore pratiqué le trait de scie nécessaire pour examiner le tissu spongieux.

Hernie crurale étranglée; sac à deux collets superposés. — **M. RICHET** présente le sac et l'intestin d'une hernie crurale qu'il a opérée sans succès chez une femme de soixante et un ans. A la suite du débridement, la réduction paraissait complète; mais les accidents continuèrent, et la malade succomba.

Sur les pièces que présente M. Richet, on reconnaît la cause de la persistance de l'étranglement. La hernie avait deux collets; le sac avait deux compartiments. Le débridement avait divisé le collet inférieur, et la hernie, repoussée dans le compartiment supérieur, avait paru réduite; mais le collet supérieur avait continué à étrangler l'intestin.

M. Richet annonce qu'il remettra ultérieurement l'observation complète de ce fait remarquable.

Mal vertébral. — **M. GUERSANT** présente deux pièces qui proviennent d'enfants morts de mal vertébral. La première est une carie de la dernière vertèbre lombaire; le corps de cette vertèbre est presque entièrement détruit, et cependant il n'y a qu'une gibbosité assez légère. Cette lésion était accompagnée d'un abcès par congestion.

La seconde pièce de M. Guersant est la colonne vertébrale d'une petite fille de dix ans et demi. Cette enfant était entrée à l'hôpital pour un abcès par congestion très-volumineux qui commençait sous le rebord inférieur des fausses côtes et descendait jusqu'au pli de l'aine. La ponction en retira 750 grammes de pus en une seule fois. Au bout de quelque temps, la petite malade, épuisée par la suppuration, tomba dans le marasme, et mourut. A l'autopsie, on a trouvé que le pus venait de la région dorsale du rachis. Une énorme poche purulente, descendant jusqu'au pli de l'aine, prend son origine au niveau des quatrième et cinquième vertèbres dorsales. Les corps de ces deux vertèbres sont à nu dans le foyer; le disque inter-vertébral correspondant est entièrement détruit; la forme des deux corps vertébraux dénudés n'est point altérée, et leur consistance n'est point diminuée. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que presque tous les autres disques intervertébraux de la région dorsale, et même de la région lombaire, sont ou presque entièrement détruits ou très-profondément altérés; ce qui en reste est notablement ramolli. La plupart des corps vertébraux, exception faite de ceux des quatrième et cinquième dorsales, sont à peu près complétement sains. On trouve à peine, sur quelques-uns

d'entre eux, des criblures et de petites érosions superficielles qui ne présentent aucun des caractères de la carie. Beaucoup paraissent tout à fait normaux. Ainsi, dans ce cas, le mal vertébral paraît avoir eu pour siége primitif les disques inter-vertébraux, et il est permis de penser que les lésions des corps vertébraux, relativement très-légères, n'ont été que consécutives.

Enfin, il faut noter que malgré la gravité de la lésion du rachis, et malgré les pertes de substance qui résultent de la destruction de plusieurs disques, il n'y a eu pendant la vie aucune déviation, aucune gibbosité. Sur la pièce anatomique, on peut aisément produire une légère exagération de la courbure normale de la région dorsale du rachis, mais on ne produit pas de gibbosité véritable.

M. MARJOLIN remarque à ce propos que le degré de saillie des gibbosités n'est pas toujours en raison directe de la perte de substance de la colonne. Il est néanmoins fort singulier que dans la seconde observation de M. Guersant, il n'y ait eu aucune trace de gibbosité.

Entéro-épiplocèle inguinale étranglée. Disposition remarquable de l'S iliaque et du côlon transverse autour du collet. — M. HUGUIER présente des pièces provenant d'un homme âgé de quarante-trois ans, mort à la suite de l'opération de la hernie étranglée.

Voici le résumé de cette observation :

Prévost, cocher, d'une constitution robuste, presque athlétique. Depuis son enfance il est atteint de hernie inguinale gauche. Il prétend qu'il l'a toujours exactement maintenue au moyen d'un bandage ; mais on verra tout à l'heure que ce renseignement ne peut pas être exact. Cette hernie n'a jamais produit d'accidents ; elle est sortie plusieurs fois, mais la réduction était toujours facile.

Le 2 mars, dans un violent effort de toux, la hernie glissa sous le bandage; presque aussitôt le malade fit et fit faire de vigoureuses tentatives de réduction qui furent infructueuses. Le soir il commença à vomir, et à minuit il entra à l'hôpital Beaujon. Les internes firent de nouvelles tentatives qui échouèrent encore.

Le 3 mars, à la visite, on endormit le malade et on essaya de nouveau de réduire la hernie sans pouvoir réussir. La tumeur, un peu plus grosse que le poing, descendait jusqu'au fond du scrotum; elle était très-ferme, et donnait partout de la matité à la percussion. M. Huguier, à la fin de la visite, se décida à pratiquer l'opération du débridement.

Le sac incisé laissa écouler une assez grande quantité de liquide séro-sanguinolent. La hernie renfermait une quantité considérable

d'épiploon, dont le pédicule formait une corde de la grosseur du doigt. Derrière cet épiploon, qui adhérait solidement à la partie interne du sac, se trouvait une anse intestinale longue de 15 à 20 centimètres, très-injectée et paraissant déjà le siége d'une vive inflammation. La tunique péritonéale présentait plusieurs éraillures qu'on attribua aux tentatives de taxis. Les autres tuniques de l'intestin étaient entières. Le doigt, introduit de bas en haut dans le sac, pénétra facilement jusque dans le ventre. Néanmoins, l'anse herniée trop distendue ne put être réduite. M. Huguier, pour en diminuer le volume, fit avec un fin trocart *à pointe conique* une ponction qui donna issue à une grande quantité de liquide lie-de-vin. Après cette évacuation, la réduction ne pouvant encore être obtenue, M. Huguier fit un débridement directement en dehors. L'intestin alors rentra facilement, mais l'épiploon ne put être réduit qu'en partie, et fut laissé dans le sac. Trois points de suture et un pansement simple terminèrent l'opération.

Malgré l'administration de plusieurs purgatifs, le cours des matières ne se rétablit pas. Les vomissements, d'abord arrêtés, reparurent dans la matinée du 5 mars avec des hoquets et les autres signes de la péritonite. Le malade mourut la nuit suivante.

Autopsie. — Aucun épanchement dans l'abdomen. Les anses de l'intestin grêle, énormément distendues et très-injectées, sont réunies entre elles par une couche pseudo-membraneuse molle et mince. L'anse qui faisait partie de la hernie appartient à la partie moyenne de l'iléon. Elle se reconnaît au milieu des autres à sa couleur d'un bleu foncé. Elle est recouverte en certains points d'une mince couche de pus. Il est absolument impossible de reconnaître le point où l'on a fait pénétrer le trocart au moment de l'opération. M. Huguier fait remarquer l'innocuité des ponctions faites sur l'intestin avec un trocart fin et conique comme celui qu'il a employé. Cet instrument écarte les fibres sans les diviser, tandis que les trocarts triangulaires, coupant toujours qnelques fibres, laissent une ouverture qui peut livrer passage à un épanchement stercoral.

Voici maintenant le point le plus remarquable de cette observation. Le côlon ascendant et le côlon descendant occupent à peu près leur situation habituelle ; mais, attiré en bas par l'épiploon, qui est presque tout entier contenu dans la hernie, le côlon transverse est descendu jusque dans la fosse iliaque gauche, et est venu se placer au-devant de l'ouverture abdominale du canal ; il en résulte que le méso-côlon transverse, allongé et tendu, descend comme un tablier au-devant des anses de l'intestin grêle. D'un autre côté, l'S iliaque, depuis long-

temps déplacée, s'est fixée à la paroi abdominale antérieure, immédiatement au-dessous de l'ouverture abdominale du canal inguinal, où elle a contracté de solides adhérences. Cette ouverture, par conséquent, est limitée en avant par le côlon transverse, en arrière par l'S iliaque, de sorte qu'un débridement soit en avant, soit en arrière, aurait presque inévitablement lésé le gros intestin. L'anse intestinale herniée passait donc entre le côlon transverse et l'S iliaque.

Le déplacement de l'S iliaque paraît indiquer que le développement du sac herniaire s'est fait en grande partie aux dépens du péritoine du bassin. Le sac renfermait encore la presque totalité de l'épiploon, qui y était retenu par des adhérences anciennes. Il n'est pas douteux, par conséquent, que, contrairement à la narration du malade, la hernie était en partie irréductible, et que le bandage ne la maintenait pas exactement.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, PAUL BROCA.

Séance du 17 mars 1858.

Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Résultats d'anciennes amputations. — Discussion sur le traitement de la gangrène par congélation. — M. CHASSAIGNAC présente un malade à qui Gerdy a pratiqué, il y a un grand nombre d'années, des amputations sur les quatre membres, savoir :

1° L'amputation de l'avant-bras droit au tiers supérieur;

2° L'amputation des deux dernières phalanges des quatre derniers doigts de la main gauche;

3° et 4° L'amputation des cinq orteils de chaque pied dans les articulations métatarso-phalangiennes.

Tous ces moignons sont dans le plus bel état. Ceux des pieds sont surtout remarquables par leur régularité. L'opéré marche avec la plus grande facilité, et fait volontiers dix lieues dans un jour. Quoique mutilé, il gagne sa vie comme marbrier. Il fixe les pièces de marbre avec le moignon de son bras droit, et les travaille en maniant ses instruments avec les débris de sa main gauche.

Les renseignements fournis par l'opéré prouvent que ces amputations multiples et presque simultanées ont été faites pour des gangrènes. La cause de ces gangrènes lui est inconnue ; elles survinrent, dit-il, après qu'il eut travaillé quelque temps dans un marais.

L'opéré répond à une question de M. Broca que l'accident est survenu dans le mois de décembre, ce qui rend probable l'hypothèse d'une gangrène par congélation.

M. LENOIR, désirant savoir si ces gangrènes n'étaient pas le résultat de l'ergotisme, demande à son tour à l'opéré si quelque autre personne dans le pays où il travaillait alors a eu des accidents de même genre. L'opéré répond que non.

M. LARREY a vu un sous-officier des Invalides qui, ayant eu les mains et les pieds gelés dans la campagne de Russie, avait perdu presque tous les doigts et les orteils. Il avait même hâté l'élimination des extrémités sphacélées en les détachant lui-même avec un couteau de soldat, à peu près comme aurait pu le faire le bistouri d'un chirurgien. La cicatrisation des doigts et des orteils ainsi mutilés était devenue assez régulière pour permettre aux mains et aux pieds de se mouvoir et d'agir avec aisance et même avec une sorte d'agilité.

D'après ce fait et quelques autres qui lui seraient comparables, on peut présumer que l'ouvrier sur lequel Gerdy avait pratiqué des amputations partielles des quatre membres avait été atteint de congélation. Reste à savoir si l'amputation doit toujours devancer l'élimination des parties mortifiées.

M. LEGOUEST pense que dans le cas présenté par M. Chassaignac la congélation a été la cause de la gangrène, et approuve la conduite de Gerdy, qui a préféré pratiquer l'amputation plutôt que d'attendre la séparation spontanée. A propos des accidents de congélation qui ont été observés dans la dernière guerre de Crimée, on a discuté s'il fallait amputer les parties gangrenées, ou laisser agir jusqu'au bout le travail d'élimination. M. Legouest, alors comme aujourd'hui, s'est prononcé en faveur de l'amputation, qui donne des résultats bien préférables, surtout au point de vue de la régularité des moignons.

M. GUERSANT appuie cette opinion. Il a eu l'occasion de traiter plusieurs enfants atteints de gangrène du pied consécutive à des engelures. Il se souvient, entre autres, de deux frères dont l'un avait une gangrène totale du pied, l'autre seulement une gangrène des orteils. Le premier fut amputé et guérit très-bien ; le second ne subit aucune opération ; on laissa les orteils se détacher spontanément, et il en résulta une plaie dont la guérison fut très-longue et très-difficile.

M. MOREL-LAVALLÉE accorde que l'amputation donne des moignons plus réguliers et plus beaux, et qu'après la guérison, le résultat est bien meilleur qu'il ne l'est à la suite de l'élimination spontanée ; mais celle-ci offrant moins de danger, il lui donne la préférence. Les petites opérations que l'on pratique pour régulariser les moignons, soit après les congélations, soit après les écrasements, donnent souvent lieu à des accidents formidables, notamment à des foyers purulents dans les gaînes, lorsqu'il s'agit des doigts ou des orteils. Lorsqu'on laisse agir la nature, ces accidents sont moins fréquents et moins graves, parce que les gaînes s'oblitèrent avant l'élimination. Les os font souvent saillie ; il se produit des nécroses qui retardent beaucoup la cicatrisation, et finalement le moignon est moins beau ; mais le malade a couru des chances moins graves que si on l'eût amputé.

M. LEGOUEST répond qu'il ne faut pas confondre les accidents de la contusion et de l'écrasement, avec ceux de la gelure. C'est aux premiers surtout que l'argumentation de M. Morel-Lavallée est applicable. M. Legouest, d'ailleurs, rejette l'amputation primitive dans le cas de gangrène par congélation. Si on opérait trop tôt, on s'exposerait aux graves inconvénients signalés par M. Morel-Lavallée. Mais lorsqu'on attend que la gangrène soit limitée par le cercle éliminatoire, l'amputation, pratiquée dans le voisinage de ce cercle, n'est pas plus grave que la même opération faite dans des tissus parfaitements sains.

M. CHASSAIGNAC rappelle qu'il a pratiqué avec succès l'amputation tarso-métatarsienne sur une jeune fille qui avait eu l'avant-pied gelé dans le bois de Vincennes, et qui marche parfaitement bien. Cette opérée a été présentée dans le temps à la Société de chirurgie.

M. MOREL-LAVALLÉE ne partage pas l'opinion de M. Legouest, relativement aux cas de congélation. Il reconnaît qu'après la formation du cercle éliminatoire, l'amputation est moins grave qu'avant cette époque, mais il ajoute qu'à ses yeux l'élimination spontanée est moins grave encore. Il repousse donc toute opération, et l'expectation lui paraît indiquée à plus forte raison dans le cas d'écrasement ; mais il ne parle, bien entendu, que des lésions des doigts et des orteils.

M. GUERSANT repousse aussi l'amputation dans le traitement des écrasements des doigts et des orteils. Il préfère le traitement par l'irrigation continue, qui donne d'excellents résultats. Mais pour les cas de congélation, il admet un principe inverse, et l'amputation, pratiquée à l'époque que M. Legouest vient d'indiquer, lui paraît préférable à l'expectation.

CORRESPONDANCE.

M. GIRALDÈS fait part à la Société de la mort de Benjamin Travers, membre du conseil royal des chirurgiens de Londres, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas, associé étranger de la Société de chirurgie de Paris.

— M. MARJOLIN annonce qu'il a reçu de M. le docteur Rousset, secrétaire général de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier, une lettre pour l'échange des publications des deux Sociétés.

Une lettre de remercîments sera adressée à M. le président de l'Académie des sciences de Montpellier.

— M. LARREY offre à la Société les ouvrages suivants :

Dupuytren. *Leçons de clinique chirurgicale.*

Thillaye. *Traité des bandages.*

Lagneau. *Exposé de la maladie vénérienne.*

Cirillo. *Traité des maladies syphilitiques.*

Desruelles. *Lettres sur les maladies vénériennes.*

Coste. *Service des hôpitaux militaires.*

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Larrey au nom de la Société.

M. FERDINAND MARTIN lit un travail sur le traitement du mal vertébral. (Commissaires : MM. Richet, Huguier et Voillemier.)

— A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire annuel, P. BROCA.

Séance du 24 mars 1858.

Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Mal vertébral, guérison par gibbosité. — M. LARREY présente un ancien soldat, jeune encore, atteint de gibbosité consécutive au mal vertébral, et résume ainsi son observation :

« Ce jeune homme, nommé T..., appartenait au 48e de ligne, lorsque, trois mois environ après son entrée au service, il fut atteint de douleurs dans quelques-unes des vertèbres dorsales sans cause appréciable. Il n'offrait aucun signe de scrofules ou de syphilis, et n'avait

éprouvé nul accident mécanique dont il eût souvenance. Les douleurs, paraissant fixées surtout dans les septième, huitième et neuvième vertèbres, semblaient se propager dès le début aux côtes correspon ntes. Mais il n'y avait encore aucune déformation ou déviation de la colonne vertébrale. Aux douleurs se joignirent des fourmillements dans les jambes, puis de la faiblesse, et un état d'engourdissement augmenté par les fatigues du service. Ces premiers symptômes existaient en 1854, et au mois d'août de cette année, après un repos et des soins insuffisants à l'infirmerie régimentaire, le malade fut envoyé à l'hôpital d'Amiens. Il y resta six mois dans des conditions telles qu'une gibbosité se développa au niveau des vertèbres reconnues malades, mais sans abcès symptomatique, ou du moins sans suppuration appréciable à l'extérieur. Un traitement méthodique par l'emploi de divers médicaments, par la position horizontale et par l'application de deux larges exutoires, parut améliorer le mal, et au mois de mai 1855 le malade fut envoyé à Bourbon-l'Archambault. Il parut s'en trouver assez bien.

» Mais, rentré en septembre dans ses foyers pour y passer quelques mois de convalescence, il fut repris de douleurs dans le dos, et d'engourdissement plus prononcé dans les jambes. Admis alors au Val-de-Grâce et placé dans nos salles de clinique, il nous offrit les signes manifestes du mal vertébral si bien décrit par Pott, avec semi-paralysie des membres inférieurs, et gibbosité dorsale sans abcès par congestion.

» Le repos prolongé dans le décubitus, une médication tonique et un régime nutritif, quelques dérivatifs sur le canal intestinal, et une révulsion active au voisinage du mal par l'application successive d'une vingtaine de ventouses scarifiées, de plusieurs vésicatoires, de trente moxas et de deux cautérisations transcurrentes assez profondes, tel fut l'ensemble des moyens de traitement mis en usage.

» Le résultat en fut aussi heureux qu'il pouvait l'être. Les douleurs, augmentées à la pression, avaient complétement disparu, ainsi que l'engourdissement et la faiblesse des jambes; la nutrition générale s'était rétablie, et, sauf la gibbosité, le malade put être évacué sans peine sur l'établissement de Bourbon-l'Archambault. Nous l'avons revu au mois de mars 1856, en constatant une guérison soutenue, qui aujourd'hui, c'est-à-dire quatre ans après l'origine de la maladie, semble définitive.

» On peut remarquer que la gibbosité dorsale, en faisant perdre au sujet plusieurs pouces de sa taille, n'a modifié nullement la conformation du thorax. Sa santé est excellente, et, à moins de fatigue, il sup-

porte sans appui une marche assez prolongée. La difformité, enfin, doit être considérée elle-même comme la terminaison favorable de la maladie.

» M. Larrey, en présentant ce cas à la Société, a pensé qu'il ne serait pas sans intérêt pour la question soumise encore actuellement à la discussion. »

M. CLOQUET pense que chez ce malade, qui n'a eu aucun abcès appréciable, il a dû exister des abcès intérieurs qui se sont complétement résorbés.

CORRESPONDANCE.

M. A. Binet adresse pour le prix Duval deux exemplaires de sa thèse sur les varices et les plaies des lymphatiques superficiels.

— M. MARJOLIN communique l'analyse suivante d'une lettre de M. Heyfelder :

« La Société de chirurgie a discuté dans la séance du 2 décembre 1857 la possibilité d'une guérison permanente du cancer et de l'épithélioma; c'est à cette occasion que M. le professeur Heyfelder a adressé la note suivante.

Notre honorable collègue est convaincu que chaque variété de la maladie cancéreuse, que ce soit de l'épithélioma ou du cancer fibreux, encéphaloïde ou cystique, etc., peut récidiver plus ou moins promptement après son ablation. Ainsi, qu'un individu atteint de pseudoplasme, reconnu épithélial à l'aide du microscope, soit opéré avec le bistouri; il peut, au bout de quelques mois, présenter à la même place une nouvelle tumeur, qui sera, à l'aide du microscope, reconnue pour être du cancer fibreux. Un cas de ce genre se trouve rapporté dans la *Clinique* de M. Heyfelder (années 1853, 1854, page 36). M. Heyfelder fils a également mentionné plusieurs cas analogues dans son mémoire adressé à la Société de chirurgie, *sur le cancer et le cancroïde.*

Par rapport à la récidive, le tissu qui donne naissance au cancer joue un grand rôle. Constamment notre collègue a vu le cancer de la langue récidiver chaque fois qu'il en a fait l'ablation. Sur douze cas, il a observé douze récidives; jamais il n'a obtenu de succès. La même observation s'applique à l'ablation des parties génitales externes chez les femmes (clitoris, grandes et petites lèvres). Trois fois M. Heyfelder dut pratiquer cette opération pour une affection cancéreuse, trois fois les malades périrent de la récidive; tandis que deux autres femmes,

qui avaient subi l'amputation des parties génitales atteintes de lèpre, vivent encore.

Sur 54 femmes atteintes de cancer de la mamelle, constamment M. Heyfelder a constaté la récidive, et la mort après l'opération. Une seule fois il a vu une femme qui avait été opérée par le professeur Michel Jœger rester douze ans sans récidive, et, dans ce cas, il se demande si c'était un vrai cancer ou un pseudoplasme non cancéreux.

Treize fois notre collègue a extirpé des tumeurs de la région parotidienne ou de la parotide, reconnues cancéreuses par l'examen microscopique : constamment la récidive et la mort ont eu lieu plus ou moins promptement.

La même terminaison funeste a été observée après l'ablation des pseudoplasmes cancéreux des régions axillaires et inguinales, huit fois après l'ablation des testicules, trois fois après l'amputation du col de la matrice, et quatre fois après celle du rectum ; par contre, M. Heyfelder, qui a fait neuf ou dix fois l'amputation du pénis, n'a jamais constaté de récidive.

Plus d'un tiers des opérés de cancers des lèvres n'a pas présenté de récidive, d'après les renseignements pris auprès des médecins ou des autorités des diverses localités. Il est possible qu'un certain nombre de ces opérés n'ait été atteint que de cancer épithélial, beaucoup de ces opérations ayant été faites avant l'emploi du microscope.

L'extirpation du globe de l'œil a été pratiquée treize fois par M. Heyfelder ; deux malades seuls, assez âgés, atteints de cancer fibreux, ont survécu, tandis que tous les autres ont succombé à des tumeurs encéphaloïdes développées dans le fond de l'orbite.

Généralement on admet que le cancer qui se développe dans une glande est d'un pronostic fâcheux ; cependant, pour M. Heyfelder, la glande sous-maxillaire paraît faire exception, pourvu qu'elle seule soit malade et que l'os ne soit pas atteint. Trois personnes atteintes de squirrhe de la glande sous-maxillaire, opérées par notre confrère, n'ont pas éprouvé de récidive.

L'affection cancéreuse d'un os quelconque ne peut guérir qu'autant que l'os malade est enlevé dans sa totalité. Comme M. le professeur Ried (d'Iéna) [*Traité des résections*, 1847, page 108], M. Heyfelder a toujours regretté d'avoir fait la résection partielle et non totale du maxillaire supérieur pour une affection cancéreuse naissante de cet os; tandis qu'il a eu, comme M. Michaux (de Louvaiu), d'assez bons résultats de l'ablation totale de la mâchoire supérieure atteinte de cancer encéphaloïde. Aussi notre confrère soutient qu'il vaut mieux enlever,

dans les cas de cancer, une branche de la mâchoire avec les apophyses condyloïde et coronoïde, que de faire la résection dans la continuité de l'os. Ainsi que l'a publié M. Heyfelder dans son *Traité des résections et des amputations*, l'expérience lui a démontré qu'il est préférable, dans le cancer des parties molles d'un membre, de faire l'amputation plutôt que d'extirper la tumeur, car par cette dernière méthode il y a plus de chances pour prévenir la récidive. »

Parallèle des membres supérieurs et des membres inférieurs. — M. CH. MARTINS, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, met sous les yeux de la Société des pièces ostéologiques, et expose verbalement le résultat de ses recherches sur les parties analogues des membres thoraciques et des membres abdominaux. Après avoir rappelé les opinions diverses des auteurs qui, depuis Vicq d'Azyr, ont écrit sur ce parallèle, après les avoir critiquées et réfutées, il fait remarquer d'abord que l'humérus est un os tordu de 180 degrés autour de son axe longitudinal; que le fémur, au contraire, ne présente aucune torsion, et que, pour comparer ces deux os, il faut faire disparaître la torsion du premier. On y parvient en le faisant préalablement ramollir dans l'acide chlorhydrique étendu. Cette préparation a été exécutée sur l'humérus du membre thoracique que M. Martins présente à la Société, et qu'il place à côté d'un membre abdominal naturel du même côté. L'analogie des deux membres ainsi comparés est frappante. Le pli du coude se trouve dirigé en arrière comme celui du genou; l'olécrane est sur le plan antérieur, comme la rotule, la tête humérale regarde en dedans comme la tête fémorale; l'avant-bras est en supination, comme la jambe, et néanmoins le pouce est situé en dedans comme le gros orteil, lorsque la paume de la main et la plante du pied reposent à plat sur le sol.

Le parallèle des deux os du bras et des deux os de la jambe est le point qui a le plus embarrassé les anatomistes. Les uns ont admis que le cubitus représente le tibia ; les autres, que cet os est l'analogue du péroné; d'autres enfin, ont supposé l'existence d'une sorte de croisement par suite duquel le tibia représenterait par sa partie supérieure la moitié supérieure du cubitus, et par sa partie inférieure, la moitié inférieure du radius. M. Martins, se basant sur les connexions articulaires et sur la situation respective de la rotule et de l'olécrane, enfin, sur l'anatomie comparée, propose la théorie suivante :

Des deux surfaces articulaires distinctes qui existent sur l'extrémité supérieure du tibia., l'une, l'interne, représente la surface articulaire

supérieure du radius ; l'autre, l'externe, représente la partie horizontale de la cavité sigmoïde du cubitus. Le chapiteau du tibia résulte donc de la coalescence de la tête du radius et de la partie postéro-supérieure du cubitus. Le corps et l'extrémité inférieure du tibia, reproduisent le corps et l'extrémité inférieure du radius. En d'autres termes, le tibia est un radius auquel s'est ajoutée la partie postéro-supérieure du cubitus ; et le péroné est un cubitus privé de cette même partie postéro-supérieure.

Pour exprimer plus clairement son idée, M. Martins a enlevé l'olécrane et la cavité sigmoïde du cubitus, au moyen d'un trait de scie transversal et presque vertical, commençant près du sommet de l'apophyse coronoïde, et allant très-obliquement aboutir à la face postérieure du cubitus, à 8 ou 10 centimètres au-dessous de l'articulation. Le fragment osseux ainsi détaché du cubitus a été réuni à l'extrémité supérieure du radius. Cette préparation a été faite sur un membre thoracique dont l'humérus avait été préalablement détordu, et l'analogie des diverses parties de ce membre avec celles du membre inférieur est devenue frappante, aussi bien sous le rapport de la forme et de la constitution des os, que sous le rapport des principales insertions musculaires.

A l'appui de sa théorie, M. Martins fait remarquer que la coalescence partielle ou totale de deux os parallèles est un phénomène dont l'anatomie comparée offre plusieurs exemples. Son hypothèse sur la constitution du tibia n'est donc pas contraire aux lois de l'ostéologie. Elle est confirmée d'ailleurs par la disposition du squelette de quelques marsupiaux. Chez ces animaux, la coalescence indiquée par M. Martins n'existe pas. L'extrémité supérieure du péroné est aussi volumineuse que celle du tibia, et s'articule directement avec le condyle externe du fémur. Le péroné représente, par conséquent, tout le cubitus, et le tibia ne représente plus que le radius seul. Quant à la rotule, elle est fixée au péroné et non au tibia, de même que l'olécrane, son analogue, est fixée au cubitus.

Passant à l'étude des analogies des parties molles, M. Martins montre que la torsion de 180 degrés qu'a subie l'humérus a changé la situation des muscles, des vaisseaux et des nerfs. Les muscles de la partie interne de l'avant-bras ont ainsi leurs analogues à la partie externe de la jambe, et les externes à la partie interne de la jambe. Par exemple, le cubital antérieur est en dedans, et le jumeau externe, son analogue, est en dehors. De même le rond pronateur descend de dedans en dehors, et le poplité, son analogue, descend de dehors en dedans Pour les ar-

tères, on trouve que la poplitée est en arrière du genou, et l'humérale en avant du coude ; la péronière est externe, et la cubitale, son analogue, est interne. Le tronc fémoro-poplité tourne en spirale autour du fémur , tandis que le tronc de l'humérale descend directement le long de l'humérus. Mais qu'on détorde l'humérus ou qu'on torde le fémur de 180 degrés sur son axe, et l'analogie de situation des vaisseaux deviendra parfaite.

L'étude des nerfs confirme bien plus complétement encore l'idée de la torsion de l'humérus. Les anatomistes admettent que le nerf crural est l'analogue du radial , le poplité externe du cubital, et le poplité interne du médian. Les origines et la distribution de ces nerfs , et leurs rapports avec les vaisseaux et les os , ont permis de reconnaître leur analogie ; mais la diversité de leur trajet , et en particulier la spirale décrite autour de l'axe du bras par le nerf radial, n'avaient pas encore été expliquées. Tout devient clair lorsqu'on admet que l'humérus est un fémur tordu de 180 degrés autour de son axe. Pour rendre sa démonstration palpable , M. Martins dispose autour du squelette d'un membre abdominal trois cordons représentant le trajet du nerf médian , du poplité externe et du poplité interne. Puis , sans toucher à l'insertion supérieure de ces cordons , il fait exécuter au fémur un mouvement de torsion de 180 degrés, et aussitôt on voit apparaître le système nerveux du bras ; le crural, contournant l'os en hélice, devient un nerf radial ; le poplité externe passe en dedans comme le cubital , et le poplité interne, comme le médian, se place en dehors du nerf précédent.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Mal vertébral lombaire avec abcès et sans gibbosité. — M. CHASSAIGNAC présente des pièces provenant d'un homme adulte , mort d'abcès par congestion iléo-fémoral. L'abcès est situé dans l'épaisseur du psoas, et remonte jusqu'aux insertions supérieures de ce muscle ; mais il ne communique pas directement avec le squelette , dont il est séparé par une couche assez mince de tissus lardacés de formation nouvelle. A ce niveau, les corps des deuxième, troisième et quatrième vertèbres lombaires, sont soudés à la fois par ankylose centrale et par des jetées osseuses périphériques. On ne trouve plus de traces des deux disques intervertébraux correspondants. La disposition des ossifications nouvelles, la disparition des disques, l'état du tissu spongieux des corps vertébraux, l'épaississement lardacé du périoste, qui se confond par sa face externe avec la membrane pyogénique de l'abcès par congestion, tout indique d'une manière évidente que l'abcès, bien que ne commu-

niquant plus avec le squelette, a eu pour point de départ une affection vertébrale à peu près complétement guérie aujourd'hui.

D'après l'état actuel des parties, M. Chassaignac pense que le mal vertébral ne dépendait ni de la carie ni des tubercules, mais bien d'une altération primitive des disques, c'est-à-dire d'une arthrite vertébrale. Les os, en effet, ne sont ni détruits, ni érodés, ni creusés, mais simplement soudés, et de plus on trouve sur le disque qui sépare la première de la deuxième lombaire, un état de ramollissement et de vascularité tout à fait pathologique, quoique le tissu des deux corps vertébraux adjacents ne paraisse pas malade. — Il n'existe d'ailleurs aucune gibbosité.

M. Chassaignac présente cette pièce comme un nouvel exemple d'une terminaison sur laquelle M. Broca a récemment insisté. Dans ce cas, en effet, l'affection vertébrale a guéri, et l'abcès par congestion a cessé de communiquer avec le squelette ; mais la collection purulente a néanmoins continué à s'accroître, et a entraîné la mort du malade.

M. CLOQUET adopte l'interprétation de M. Chassaignac ; il pense comme lui que l'abcès, bien que ne communiquant plus avec le squelette, a eu pour point de départ un mal vertébral actuellement guéri.

Contusion des os chez les enfants. — M. MARJOLIN présente la partie supérieure du fémur d'un jeune garçon, entré à l'hôpital quelques jours après avoir reçu un coup de sabot sur la hanche droite ; lors de l'entrée de l'enfant, on pouvait déjà porter un pronostic très-fâcheux et penser que le malade était sous l'influence d'accidents de résorption. Le membre abdominal droit était fortement porté dans la rotation en dehors et notablement tuméfié ; le moindre mouvement causait les plus vives douleurs. Le lendemain de son entrée, une ponction faite au niveau de la partie supérieure et externe de la cuisse, donna issue à une grande quantité de pus et à des caillots sanguins. L'ouverture de l'abcès amena un peu de soulagement, mais bientôt tous les symptômes d'une infection purulente se manifestèrent. A l'autopsie, on trouva, outre un vaste épanchement purulent dans les deux plèvres et des abcès métastatiques dans les poumons, le tissu osseux de la tête du fémur infiltré de pus et un abcès dans le canal médullaire ; la capsule articulaire était remplie de pus, ouverte dans un point, le grand trochanter fracturé, séparé du reste de l'os.

— A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire de la Société, P. BROCA.

Séance du 31 mars 1858.

Présidence de M. BOUTIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Exstrophie vésicale. — M. DANYAU montre un petit garçon âgé de trois jours et atteint d'exstrophie vésicale. L'enfant paraît d'ailleurs bien constitué. L'exstrophie est complète, c'est-à-dire qu'elle s'étend depuis la verge, qui est disposée en gouttière dans toute sa longueur, jusqu'à l'ombilic. Les deux pubis sont écartés de plus d'un centimètre. Ce cas ne présente d'ailleurs rien de spécial, et est tout à fait semblable à ceux qui servent de type dans les descriptions.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur VIARD (de Montbarn) adresse à la Société sa thèse inaugurale, intitulée *De la gangrène spontanée*, et deux observations inédites pour obtenir le titre de membre correspondant :

1° Une observation d'ablation du maxillaire inférieur;

2° Une observation d'oblitération du vagin, survenue à la suite d'une cautérisation du col utérin par le nitrate acide de mercure. Le vagin a été rétabli par une opération. (Commissaires : MM. Huguier, Giraldès et Guérin.)

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit l'analyse de deux mémoires adressés à la Société par M. Vanzetti, professeur de clinique chirurgicale à Padoue, sur le *traitement des anévrysmes par la compression digitale*. Après avoir entendu cette lecture, plusieurs membres de la Société demandent que les mémoires de M. Vanzetti soient l'objet d'un rapport. En conséquence, ces travaux sont remis à une commission composée de MM. Larrey, Robert et Broca.

— M. LARREY présente de la part de M. Ranzi, professeur de chirurgie à l'université de Pise, un mémoire imprimé en italien, ayant pour titre : *Sui fenomeni iniziali della flussione sanguigna, specialmente secondo i resultati delle osservazioni ed esperienze microscopiche, nuovi studii sperimentali e considerazioni intorno all'essenza della flogosi*, del prof. Cav. Andrea Ranzi.

Des remercîments seront adressés à l'auteur.

LECTURE.

M. DECÈS, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, membre correspondant, lit un mémoire sur la *restauration des cicatrices vicieuses.*

Il insiste particulièrement sur deux procédés dont il est l'auteur : l'un, qu'il désigne sous le nom de *sections ondulées ou en zigzag*, applicable au traitement des cicatrices trop courtes, l'autre, qui est applicable au traitement des adhérences vicieuses, et qui consiste à utiliser le tissu cicatriciel, pour en faire un lambeau que l'on couche et que l'on fixe au fond d'une incision, de manière à constituer une commissure. Ce dernier procédé a été appliqué avec succès par l'auteur dans plusieurs cas de syndactylie et de symblépharon. On avait déjà eu recours à l'autoplastie pour former des commissures et pour empêcher la récidive des adhérences, mais on se servait de lambeaux pris dans la peau saine des parties adjacentes; M. Decès, au contraire, forme ce lambeau avec la cicatrice même.

M. DEGUISE pense que ce procédé n'est pas toujours applicable au traitement de la syndactylie, parce que la cicatrice est souvent trop étroite pour pouvoir fournir les éléments d'un lambeau. Dans un cas qu'il a présenté à la Société, et où deux doigts étaient ainsi soudés dans toute leur longueur, M. Deguise a eu recours au procédé de M. Didot, de Liége, avec un succès à peu près complet. La palmature s'est en partie reproduite, mais elle n'occupe que la moitié de la première phalange. L'union des doigts était si intime dans ce cas que le procédé de M. Decès eût été presque impraticable.

Quant à l'opération de M. Decès pour le symblépharon, M. Deguise avance qu'elle est déjà décrite dans la thèse inaugurale de M. Vautrin.

M. VERNEUIL pense que l'application de ce procédé au symblépharon appartient à M. Decès. Le cas de M. Laugier rapporté par M. Vautrin est en effet postérieur à celui de M. Decès. Mais un procédé tout à fait semblable, attribué à tort à Dieffenbach, avait déjà été employé en 1827 par Werneck pour la restauration de la bouche. Si on cherche dans les applications particulières l'origine de la méthode générale qui consiste à faire une commissure artificielle au moyen de l'autoplastie, on est obligé de remonter jusqu'à Zeller en 1810. Mais M. Decès est le premier qui ait généralisé cette méthode.

M. DECÈS. Le procédé que M. Laugier a mis en usage pour le symblépharon est postérieur au mien, et en diffère d'ailleurs essentiellement. J'avais parlé de mon procédé quelques jours auparavant à

M. Laugier, qui se proposait d'abord de l'appliquer, mais qui au moment de l'opération en appliqua un autre. Il fit de la cicatrice un lambeau, qu'il inclina verticalement, et qui fit paroi avec la paupière. Moi, au contraire, je déprime ce lambeau, et je le fixe au fond de la rainure oculo-palpébrale, laissant ensuite le globe de l'œil et la paupière se cicatriser isolément.

Relativement au procédé de Zeller pour la syndactylie, M. Decès ajoute que ce procédé diffère encore essentiellement du sien. Zeller, après avoir fendu la palmature, prenait sur la peau saine de la main un lambeau qu'il renversait dans la commissure digitale; M. Decès, au contraire, forme avec la palmature elle-même un lambeau rectangulaire étroit et long, qu'il incline à angle droit de manière à le coucher dans le fond de la commissure. Il suffit que la palmature ait 2 millimètres de large pour que ce procédé soit applicable.

Le mémoire de M. Decès est renvoyé au comité de publication.

M. DEGUISE invite M. Decès à suivre ses opérés avec soin, parce qu'à la suite des opérations de ce genre la récidive est fréquent[illegible] qu'elle survient quelquefois au bout d'un temps assez long.

RAPPORT.

M. LARREY lit un rapport sur une proposition déposée dernièrement sur le bureau et signée de dix membres, qui demandent, conformément aux nouveaux articles des statuts, que M. Velpeau soit nommé membre honoraire de la Société de chirurgie. M. le rapporteur conclut dans le même sens que les signataires de la proposition.

En conséquence, la Société sera appelée dans la prochaine séance à voter sur cette proposition.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société, P. BROCA.

Séance du 7 avril 1858.

Présidence de M. BOUVIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Traitement des anévrysmes par la compression digitale. — A l'occasion du procès-verbal, M. VERNEUIL revient sur le traitement des anévrysmes par la compression digitale, et communique deux nou-

veaux succès obtenus par M. Michaux (de Louvain), membre correspondant de la Société. Ces faits ont été publiés dans le *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique* (1857-1858, nº 4, p. 219).

En voici le résumé :

Un homme de cinquante-sept ans, qui s'était fracturé la jambe gauche à deux reprises différentes et à deux mois d'intervalle, et qui, après la consolidation, avait conservé un peu de difformité, découvrit deux ans après, dans le creux poplité du même côté, une tumeur qui présenta bientôt tous les caractères d'un anévrysme. Trois mois après, il fut admis à l'hôpital de Louvain, dans le service de M. Michaux. L'anévrysme occupait surtout la partie inférieure du jarret ; il avait le volume du poing et était entièrement réductible. Une voussure assez considérable de la région précordiale, un double bruit de souffle à ce niveau, un frémissement vibratoire très-prononcé, annonçaient une lésion grave du cœur ou de la crosse aortique. — Malgré cette dangereuse complication, M. Michaux résolut de traiter l'anévrysme poplité [illegible] la compression indirecte. L'appareil de M. Broca pour la compression double et alternative de l'artère fémorale fut appliqué le 23 octobre 1857 ; mais on ne se servit que de la pelote inguinale. Le lendemain la tumeur était un peu plus dure, mais son volume n'avait pas diminué.

Le 29, on constata une nouvelle amélioration ; la tumeur était plus ferme et battait moins fort. Mais un ganglion s'engorgea dans le pli de l'aine ; une eschare se forma bientôt sous la pelote. M. Michaux se décida alors à employer la compression digitale, qui fut appliquée par les élèves du service, et qui fut exercée presque tout le temps sur la partie inférieure de l'artère fémorale.

La compression digitale fut commencée le 4 novembre, à cinq heures du matin, et fut continuée sans interruption jusqu'au 6 à dix heures du soir, c'est-à-dire pendant cinquante-trois heures. Elle fut alors interrompue jusqu'au 8 novembre, à huit heures du matin, et continuée de nouveau pendant douze heures. Le 9, à neuf heures du matin, on reprit la compression digitale, qui fut appliquée pendant toute la journée et toute la nuit ; les battements diminuèrent progressivement. Le 10, à cinq heures du matin, ils étaient à peine perceptibles, et la tumeur était fort dure. A six heures du soir, on ne sentait plus de pulsations ; mais une heure après, un léger battement se montra de nouveau pour disparaître définitivement à neuf heures du soir. La compression digitale fut néanmoins continuée jusqu'au surlendemain matin, 12 novembre 1857, à neuf heures. La guérison depuis lors ne s'est pas démentie. L'affection du cœur et de l'aorte est restée stationnaire.

Le second malade de M. Michaux a été guéri beaucoup plus promptement ; mais ce cas était exempt de complications. La tumeur occupait le centre du jarret droit ; elle datait de trois ans au moins, et avait 11 centimètres de long sur 12 de large. On eut recours d'emblée à la compression digitale, qui fut commencée le 15 décembre 1857, à trois heures et demie de l'après-midi, et appliquée constamment sur le pli de l'aine. Au bout de douze heures, il y avait déjà dans la poche un peu de sang coagulé. Le 16 décembre, à dix heures, il n'y avait plus d'expansion, et les battements étaient très-affaiblis ; à une heure, la tumeur était devenue plus solide, surtout du côté interne ; à quatre heures, elle était solide, et avait définitivement cessé de battre après vingt-quatre heures et demie de compression digitale. Par précaution, on continua encore la compression jusqu'au lendemain matin. Les jours suivants, des collatérales se développèrent autour du genou, et le 29 décembre le malade sortit de l'hôpital.

Après avoir communiqué ces deux faits, M. Verneuil fait ressortir les avantages de la compression digitale. Ce moyen lui paraît supérieur à la compression mécanique ; il est plus précis, moins douloureux, et vient de donner coup sur coup bon nombre de succès dignes de la plus sérieuse attention.

M. GIRALDÈS fait remarquer que personne ne conteste les avantages de la compression digitale. Il est certain que le doigt est le meilleur des compresseurs, et qu'il peut s'appliquer partout ; mais ce moyen exige le concours d'aides nombreux, intelligents et dévoués, et il est difficile par conséquent de l'ériger en méthode générale. D'ailleurs, il ne faut pas oublier qu'avec de bons appareils on a obtenu des succès aussi beaux et aussi prompts que ceux de la compression digitale.

M. BROCA partage l'opinion de M. Giraldès, et ajoute que certains malades supportent la compression digitale plus difficilement que celle des appareils. Il a eu recours à cette compression avec M. Nélaton sur un malade dont il a publié l'observation dans son *Traité des anévrysmes*, et chez lequel la rétraction du genou ne permettait pas de comprimer exactement l'artère fémorale par les moyens mécaniques. Cette rétraction, comme on le reconnut plus tard à la dissection du membre, était due à la rupture de l'anévrysme, qui était diffus et qui communiquait avec l'articulation du genou ; mais on ne diagnostiqua pas cette complication, et on eut recours à la compression digitale, qui fut appliquée sur le pubis pendant trois jours et trois nuits. La tumeur se solidifia ; mais le malade était épuisé par la douleur qu'il avait éprouvée ; il n'avait pu fermer l'œil, malgré de fortes doses d'opium, pen-

dant toute la durée de la compression digitale. L'anévrysme, au surplus, comme tous les anévrysmes diffus, était oblitéré par des caillots passifs. Une inflammation diffuse éclata promptement autour des caillots; M. Nélaton fut obligé de pratiquer l'amputation de la cuisse, et le malade succomba. Ce résultat fâcheux, continue M. Broca, ne peut être attribué au mode de compression employé; mais la douleur et les accidents nerveux éprouvés par le malade pendant la durée de la compression prouvent que la pression du doigt n'est pas toujours aussi inoffensive que pourraient le faire croire les dernières observations communiquées à la Société.

M. Broca pense donc que la compression digitale est un procédé très-précieux, mais qu'elle n'est pas exempte d'inconvénients.

M. LARREY approuve les réserves de son collègue; il a eu recours à la compression digitale chez un malade qu'il a montré à la Société, et qui était atteint d'anévrysme artério-veineux du pli du coude. Le cas n'était pas favorable, et le traitement échoua, mais on put s'assurer que la compression digitale était très-difficile à supporter. A partir du second jour, le malade éprouva de vives douleurs, et le quatrième des phénomènes de congestion se montrèrent dans les veines de la tête et du cou. Il fallut renoncer à ce moyen, qui avait été appliqué sans interruption pendant trois nuits et près de quatre jours.

CORRESPONDANCE.

M. LEGOUEST, membre correspondant de la Société, adresse une demande pour être inscrit sur la liste des candidats aux deux places de membre titulaire qui sont actuellement vacantes.

— M. BROCA communique une lettre de M. le docteur Landre, d'Eymet, relative à un cas de tumeur crayeuse, développée dans la bourse muqueuse pré-rotulienne. M. Verneuil est chargé de rendre compte de cette observation.

Traitement du mal vertébral par les appareils inamovibles. — M. GIRALDÈS communique une lettre de M. le docteur Kuhn, de Gaillon, sur le traitement du mal vertébral par des appareils amidonnés. Ce traitement, qu'il a imaginé en 1848, a depuis lors été appliqué à un grand nombre de malades, et a donné des résultats avantageux. M. Kuhn procède de la manière suivante :

« Je fais mouler, dit-il, le dos du sujet, couché sur le ventre *et dans la position la plus redressée possible.* Le moule comprend les parties postérieure et latérale du tronc, depuis le bas de la région cervicale, jus-

qu'à environ 2 centimètres au-dessous des crêtes iliaques (plus ou moins haut ou bas selon les exigences du cas particulier), en ayant soin de bien prendre le dessous des aisselles. Le moule pris, je fais sécher le plâtre (au four, chez le premier boulanger venu), et puis j'applique mon appareil amidonné sur le plâtre, en commençant par étendre une peau de chamois ou de basane, légèrement humectée, qui se prête à merveille à toutes les saillies et anfractuosités du moule. Par-dessus cette peau viennent les bandes amidonnées, de carton mince ou de papier, imbriquées et entre-croisées, en couche d'environ 3 millimètres d'épaisseur, en ayant soin de ne pas laisser trop d'inégalités à la surface extérieure.

» Ces bandes sont recouvertes à leur tour d'une pièce de coutil de bonne qualité. Le tout est ensuite fixé exactement et solidement, au moyen de tours de bande, et abandonné à la dessiccation. L'appareil forme ainsi une espèce de plastron ou de carapace, exactement moulé sur toutes les saillies et anfractuosités du corps, et qui, pour ce motif, est mieux supporté qu'aucun autre. Je le fais compléter antérieurement par un demi-corset élastique fixé aux enveloppes du plastron, lacé sur le devant et garni de baleines longitudinales. Des *épaulettes* mobiles, croisées au-devant de la poitrine, servent à maintenir la partie supérieure du tronc contre le plastron.

» En raison du contact parfait, cet appareil soutient mieux le tronc qu'aucun autre ; il permet au malade de changer à volonté son décubitus, sans danger de dérangement des surfaces malades ; car il maintient ces parties dans une immobilité parfaite, tout en permettant le mouvement des autres parties ; il entretient autour de la gibbosité une chaleur bienfaisante et toujours égale, et la protége efficacement contre toute violence extérieure. Ces conditions réunies contribuent autant et plus qu'aucune médication à amener la guérison. On peut faire percer des trous dans le plastron, à l'aide d'un emporte-pièce, afin de ménager la circulation de l'air.

» L'appareil entier revient à 20 ou 25 francs. »

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle le vote sur les conclusions du rapport lu dans la dernière séance par M. Larrey. La commission a proposé de décerner à M. le professeur Velpeau le titre de membre honoraire.

Votants, 27. — Un bulletin blanc a été déposé dans l'urne. M. Velpeau a obtenu tous les autres suffrages.

En conséquence, M. Velpeau est proclamé membre honoraire de la

Société de chirurgie. M. le secrétaire général est chargé de lui faire part de cette nomination.

LECTURE.

M. GIRALDÈS donne lecture du travail suivant :

« **Note sur un nouvel organe glanduleux, situé dans le cordon spermatique, et pouvant donner naissance à des kystes.** — Dans une des dernières séances, la Société de chirurgie a entendu une communication de M. le professeur Ch. Martins, sur un intéressant sujet d'anatomie. L'attention que la Société a prêtée à ce genre d'études m'engage à lui présenter le résumé très-succinct de quelques recherches anatomiques, de nature, j'ose du moins l'espérer, à jeter quelque lumière sur un sujet de pathologie, les kystes du cordon spermatique.

Je ne rappellerai pas les travaux entrepris dans ces dernières années par MM. Curling, Paget, Quekett, Gosselin et Verneuil, dans le but de rendre plus complète l'histoire des kystes du cordon. Malgré les efforts de ces habiles observateurs, l'histoire de ces tumeurs est loin d'avoir reçu une complète solution.

En lisant leurs intéressantes recherches, on peut se convaincre que tous les côtés de la question ne sont pas franchement abordés, que le problème n'est pas assez nettement formulé dans leur esprit pour leur permettre d'en donner une exposition complète et précise.

C'est ainsi, par exemple, que l'origine, que le mode de formation des kystes du cordon sont vaguement aperçus ; dès lors, de nouvelles recherches étaient nécessaires pour résoudre cette question d'une manière complète. On ne s'en étonnera pas si on veut remarquer que tous les observateurs avaient passé sans l'apercevoir devant un organe qui pouvait leur fournir des indications pour résoudre ce problème.

L'organe auquel je fais allusion me paraît offrir, au point de vue de l'anatomie pathologique, un intérêt assez grand pour lui mériter désormais une indication spéciale dans les livres classiques. Cet organe, que les anatomistes semblent avoir méconnu, est placé derrière la séreuse vaginale, en avant du paquet de veines qui se rend dans le testicule, et dans l'espace compris entre l'épididyme et le point où la tunique vaginale se réfléchit pour former le sac séreux. Sa persistance après la naissance, sa structure, son origine, son siége même, pourraient le faire considérer chez l'homme comme l'analogue d'un organe qu'on retrouve chez la femme près de l'ovaire, le corps de Rosenmüller.

L'organe dont nous parlons, et que je désignerai sous le nom de

corps innominé, est constitué par une série d'agglomérations formées tantôt de vésicules de forme variée, de tubes variqueux, ou bien de vésicules et de tubes réunis et placés dans le tissu cellulaire sous-séreux, qui leur fournit de nombreux capillaires. Ces petites masses ont le volume de trois ou quatre millimètres d'étendue ; elles recouvrent, comme je l'ai dit des parties ambiantes, un réseau capillaire très-serré. Les vésicules et les tubes de l'organe innominé sont tapissés par un épithélium analogue à celui des vaisseaux séminifères ; ils sont, en outre, remplis par un liquide tenant en suspension de nombreuses granulations.

Le corps innominé se rencontre toujours au moment de la naissance. On le retrouve encore chez l'adulte et le vieillard. Je l'ai rencontré aussi dans quelques espèces animales.

La présence dans le cordon spermatique d'un corps formé de tubes ambiants et de vésicules d'apparence glandulaire, devait laisser supposer *a priori* qu'il pouvait être l'origine, le point de départ des poches kystiques du cordon.

L'analogie de structure et d'origine que nous lui supposons avec le corps de Rosenmüller venait corroborer cette hypothèse. On se rappelle en effet qu'on rencontre souvent dans le ligament large des kystes produits par la dilatation des tubes de ce corps ; aussi il ne doit point paraître étrange de supposer que les tubes et les vésicules du corps innominé, dilatés anormalement, pourraient être le point de départ de certains kystes du cordon spermatique. Nous voyons ainsi se compléter, au point de vue pathologique, l'analogie qui existe entre le corps innominé et le corps de Rosenmüller. Mais si l'analogie en matière scientifique est parfois un puissant auxiliaire, de nature à nous mettre sur la voie de la vérité, il est également vrai qu'elle ne peut être invoquée avec fruit qu'à la condition de nous conduire vers une démonstration, autrement son intervention ne servirait qu'à consacrer des erreurs et à nous tenir renfermés dans le cercle incommensurable des hypothèses.

Des recherches, continuées depuis plus d'une année, m'ont permis de confirmer par l'observation directe ce que l'analogie me laissait supposer. Maintes fois j'ai rencontré dans le cordon spermatique des enfants des tumeurs kystiques du volume d'un gros pois, produites par la dilatation des tubes et des vésicules du corps innominé; des faits du même ordre recueillis chez l'adulte, même chez des animaux, sont venus ajouter un supplément de preuve à cette explication.

Je ne prétends pas affirmer que toujours les kystes du cordon sper-

matique sont produits par la dilatation des éléments du corps innominé. Je suis même en mesure de dire que quelques-uns de ceux connus sous le nom de grands kystes du testicule sont formés par la dilatation des *vasa efferentia*. Mais je crois pouvoir avancer qu'une grande partie des kystes développés dans le cordon spermatique sont formés par les dilatations des éléments du corps innominé. Ces kystes, aussi bien que ceux du corps de Rosenmüller, peuvent être congénitaux.

Pour me résumer donc, je dirai qu'il existe dans le cordon spermatique un organe d'origine glandulaire formé de tubes et de vésicules, dont la dilatation est le point de départ du plus grand nombre des kystes du cordon spermatique. »

Une discussion s'engage à la suite de la lecture de M. Giraldès.

M. FOLLIN rappelle que dans sa thèse inaugurale, publiée en 1850, il a décrit les kystes qui se développent dans l'organe de Rosenmüller, c'est-à-dire dans les vestiges du corps de Wolf. M. Follin a retrouvé ces vestiges chez l'homme aussi bien que chez la femme; il a reconnu que dans les deux sexes des kystes peuvent s'y former. Il a distingué les kystes séreux de ceux qui renferment des spermatozoïdes. Il a donc fait des applications de l'anatomie à la pathologie dans le même sens que M. Giraldès, et il s'étonne que son collègue n'ait pas cru devoir mentionner ses travaux.

M. VERNEUIL rappelle à son tour qu'il a lu à la Société de chirurgie un travail intitulé *Des kystes de l'organe de Wolf dans les deux sexes.* Ce travail a été publié dans les mémoires de la Société. M. Verneuil a développé et complété les recherches de M. Follin. Il n'a décrit, il est vrai, que les kystes qui se forment au voisinage de l'épididyme ou à la partie inférieure du cordon. M. Giraldès a trouvé quelques-uns de ces kystes dans une situation un peu plus élevée. Ce détail lui appartient, mais ce n'est que le complément de recherches anatomiques et anatomo-pathologiques antérieures dont il a profité, et qu'il n'aurait pas dû passer sous silence.

M. GIRALDÈS répond qu'il connaissait très-bien les travaux de MM. Follin et Verneuil, et s'il ne les a pas cités, c'est parce qu'ils sont sans connexion avec les siens. M. Follin a cherché chez l'homme un organe analogue au corps de Rosenmüller. Il a trouvé au niveau de la tête de l'épididyme des diverticules ramifiés; il a pensé que ces diverticules, joints au *vas aberrans* décrit par Haller au niveau de la queue de l'épididyme, étaient tout ce qui restait chez l'adulte de l'organe embryonnaire connu sous le nom de corps de Wolf. M. Giraldès a décrit

tout autre chose. Les petits organes qu'il a découverts ne sont pas accessibles aux injections. Ils sont situés dans l'épaisseur du cordon, perdus dans le tissu cellulaire, au milieu des vaisseaux spermatiques; ils sont transparents et invisibles sur les pièces fraîches; ils ne deviennent apparents qu'à la faveur de certaines macérations, qui rendent leur contenu opaque. Ces petits corps, placés sous le microscope, se montrent sous la forme de vésicules tantôt arrondies, tantôt allongées, et quelquefois même légèrement rameuses. Ce sont des cavités closes, susceptibles de se transformer en kystes; ainsi, M. Giraldès a décrit des organes isolés, tout à fait indépendants de l'épididyme, et s'en est servi pour expliquer la formation des kystes du cordon; tandis que les organes décrits par MM. Follin et Verneuil sont adhérents à l'épididyme, donnent des kystes épididymaires, et n'ont aucune connexion avec les kystes du cordon proprement dit.

M. FOLLIN n'a point prétendu contester à son collègue la découverte des petits corps isolés que celui-ci vient de décrire, mais il maintient que cela ne dispensait pas M. Giraldès de citer les travaux de ceux qui lui ont ouvert la voie. Pour montrer la connexité étroite qui existe entre les recherches qu'il a publiées dans sa thèse et celles que M. Giraldès vient de communiquer à la Société, M. Follin donne d'abord quelques détails sur la disposition de l'organe décrit chez la femme par Rosenmüller. Cet organe, situé sous le péritoine, entre la trompe et l'ovaire, se compose d'un conduit principal sur lequel viennent se rendre perpendiculairement de petits conduits parallèles disposés à peu près comme les dents d'un peigne. Indépendamment de ces tubes qui aboutissent directement au grand conduit, on en trouve d'autres plus petits, dispersés dans l'aileron moyen du ligament large, jusqu'au voisinage du pavillon de la trompe, et complétement isolés du reste de l'organe de Rosenmüller. M. Follin a décrit ces petits grains isolés, et les kystes qui s'y produisent si fréquemment. Il a reconnu que, quoique séparés des conduits principaux, ils font partie du même appareil. Il ne prétend pas pour cela avoir découvert l'organe de Rosenmüller; il se borne à dire qu'il a complété la description de Rosenmüller. M. Giraldès vient de faire pour l'organe de Wolf chez l'homme ce que M. Follin a fait pour l'organe de Rosenmüller chez la femme. M. Follin avait découvert et décrit les grands conduits voisins de l'épididyme, reconnu qu'ils provenaient du corps de Wolf et qu'ils pouvaient donner lieu à des kystes; mais il n'avait pas vu les petits grains isolés analogues à ceux qui existent chez la femme autour de l'appareil principal. M. Giraldès, en remontant un peu plus haut que lui,

vient de trouver de petites cavités closes qui font partie du même organe. Il a complété une description plutôt qu'il n'a fait une découverte. Son travail est intéressant, mais ce n'est que la suite et le complément des recherches de ses devanciers.

M. VERNEUIL s'exprime dans le même sens que M. Follin; il ne veut pas prolonger plus longtemps la discussion sur ce point. Il se borne à demander à M. Giraldès quel est celui qui a découvert qu'il se forme chez l'homme des dilatations kystiques dans un appareil analogue à celui que Rosenmüller a décrit chez la femme? M. Verneuil pense que cette découverte, que ses propres travaux ont confirmée, appartient à M. Follin, que c'est là le point principal, et que le reste est un détail d'importance fort secondaire.

M. GIRALDÈS maintient qu'il a découvert de petits corps que ses prédécesseurs n'avaient point vus; que ces petits corps sont quelquefois situés à deux ou trois centimètres de l'épididyme; qu'ils donnent, en se dilatant, des kystes du cordon, et non des kystes épididymaires; que cette question lui paraît différer entièrement de celle dont MM. Verneuil et Follin se sont occupés. Il ajoute que le petit corps vésiculaire connu sous le nom d'hydatide de Morgagni a été considéré à tort comme une dépendance du corps de Wolf, car il ne renferme que des vaisseaux et du tissu cellulaire, sans la moindre trace d'éléments glandulaires.

M. GOSSELIN demande à M. Giraldès quelques renseignements sur l'étiologie des kystes du cordon. M. Giraldès pense-t-il que tous les kystes du cordon aient pour point de départ les petits grains glanduleux disséminés qu'il vient de décrire? Ne croit-il pas devoir faire quelques réserves relativement à l'étiologie classique, qui place ces kystes dans les restes du conduit séreux vagino-péritonéal? M. Gosselin demande en outre si les recherches de M. Giraldès l'ont conduit à découvrir la cause de la présence des animalcules spermatiques dans certains kystes du cordon. Jusqu'ici on a proposé deux explications : les uns ont supposé que les kystes spermatiques étaient des dilatations latérales du conduit excréteur du testicule; les autres ont pensé que ces kystes étaient le résultat de la rupture des conduits et de l'extravasation des spermatozoïdes. On peut maintenant faire une troisième hypothèse, et se demander si les grains glanduleux décrits par M. Giraldès ne seraient pas capables de sécréter des zoospermes.

M. GIRALDÈS n'a rien à répondre sur la question des kystes spermatiques. Sur ce point il ne pourrait faire que des conjectures. Il

ajoute qu'en faisant connaître une nouvelle variété de kystes du cordon, il n'a point prétendu pour cela rejeter les autres. Les kystes péritonéaux, au surplus, lui paraissent plus rares qu'on ne l'a supposé. La persistance d'un conduit péritonéal dans le cordon après la descente du testicule est très-exceptionnelle. On a cru qu'elle était très-fréquente, parce que c'était à cette cause qu'on rattachait la formation des hernies congéniales; mais M. Giraldès, ayant disséqué un grand nombre de ces hernies, a reconnu, à sa grande surprise, qu'elles étaient contenues dans un sac tout à fait distinct de la tunique vaginale. Il n'a pas une seule fois trouvé le testicule dans le sac.

M. VERNEUIL, répondant à l'une des questions que M. Gosselin vient de poser, cherche à établir que les kystes spermatiques sont le résultat de la dilatation latérale du conduit excréteur du testicule. Il a lui-même résumé son argumentation dans la note suivante :

« Je veux dire un mot de l'étiologie des kystes à spermatozoïdes : on vient de rappeler deux théories capables d'expliquer leur formation. Dans l'une, on suppose qu'un conduit séminifère, venant à se rompre, verse dans le tissu cellulaire ambiant du sperme qui s'enkyste; dans l'autre, il s'agirait d'une dilatation d'un des conduits qui charrient le sperme. Je passe une troisième hypothèse d'après laquelle il se formerait d s spermatozoïdes de toute pièce dans une cavité ne communiquant point avec les voies spermatiques et n'en ayant jamais fait partie. On hésite seulement entre les deux premières théories, et l'on ne se décide pas, dit-on, faute de preuves directes. Il me semble qu'en pareil cas on fait trop facilement abstraction de l'induction et de la logique. La formation des kystes, en général, par dilatation latérale des canaux excréteurs et des éléments anatomiques tubuleux, est très-commune. L'étranglement de distance en distance de ces minces canaux s'observe fréquemment. M. Dolbeau a montré à la Société anatomique des dilatations ampullaires des conduits épididymaires; j'ai moi-même vu un nombre immense de kystes en voie de formation sur les circonvolutions du canal déférent d'un chien, et j'ai inséré à ce sujet une observation détaillée dans les *Bulletins de la Société de biologie*.

» En regard de ces faits, personne n'a constaté, je crois, la formation d'un kyste par rupture d'un conduit séminifère, et, pour que cette théorie fût acceptable, il faudrait supposer une série de conditions bien peu vraisemblables. Les kystes à spermatozoïdes peuvent acquérir le volume du poing; leur développement est d'ailleurs très-lent. Il faudrait donc supposer que la déchirure d'un tube séminifère de 1/10e de

millimètre est restée béante et non cicatrisée pendant deux ou trois ans; que le tube lui-même lésé ne s'est point altéré et qu'il a continué à sécréter le sperme comme avant, et qu'enfin le sperme épanché dans le tissu cellulaire, au lieu d'être absorbé ou de déterminer l'inflammation, comme cela arrive pour tous les liquides épanchés, s'est creusé une cavité sans paroi de limitation préexistante.

» L'étiologie des kystes tout entière s'élève contre un tel mécanisme. Il y a encore une remarque à faire : les spermatozoïdes n'existent pas dans les tubes séminifères; ils y sont encore englobés dans des cellules particulières qui leur servent de nid, si je puis ainsi m'exprimer. Ce n'est que dans le réseau testiculaire et dans les cônes vasculaires qu'on commence à les apercevoir en liberté. Il n'est donc pas supposable que la rupture d'un tube séminifère puisse les verser à l'extérieur.

» Au contraire, en admettant la dilatation d'un conduit épididymaire, on s'expliquerait très-bien la présence de ces éléments anatomiques, la dilatation faisant pour eux l'office d'un réservoir où ils pourraient subir tout à leur aise leur dernier degré de développement. »

Discussion incidente sur le siége de la hernie congéniale.

M. MOREL-LAVALLÉE annonce que depuis plusieurs années il est arrivé à la conclusion énoncée tout à l'heure par M. Giraldès relativement au siége habituel de la hernie congéniale. Pendant la durée de son exercice à l'hôpital des Enfants-Trouvés, il a disséqué une trentaine de hernies congéniales, qu'il conserve pour la plupart dans sa collection, et n'a trouvé que deux fois le testicule dans le sac. Ainsi il y a deux variétés : l'une très-commune, dans laquelle le sac est indépendant de la tunique vaginale; l'autre, beaucoup plus rare, qui correspond seule aux descriptions classiques.

M. CLOQUET a depuis longtemps reconnu l'existence de ces deux variétés; mais il pense que le plus habituellement le sac herniaire communique avec la tunique vaginale. L'intestin est alors appliqué sur le testicule, et souvent même il lui est adhérent. Cela a lieu chez les enfants qui ont déjà leur hernie au moment de la naissance. Lorsque, au contraire, la hernie ne se manifeste que quelques semaines ou quelques mois après la naissance, elle se produit dans un sac qui ne communique pas avec la tunique vaginale, mais qui est emprunté néanmoins au diverticulum testiculaire du péritoine. Les choses se passent alors de la manière suivante :

Le conduit long et étroit qui s'étend de la tunique vaginale au péri-

toine s'oblitère de bas en haut. Au moment de la naissance et dans les premiers mois qui suivent, il reste donc quelquefois une dépression péritonéale qui descend dans le canal inguinal, une sorte d'infundibulum dont le sommet donne implantation à un cordon plein, inséré d'autre part à la partie supérieure de la tunique vaginale. Ce cordon représente la partie du conduit séreux qui s'est déjà oblitérée. C'est dans l'infundibulum péritonéal qu'on vient de décrire que se font ordinairement les hernies congéniales postérieures à la naissance.

Lorsque le testicule descend après la naissance, entraînant après lui un cul-de-sac péritonéal, il est le plus souvent suivi d'une anse intestinale qui se trouve en contact avec lui. Le sac se confond encore avec la tunique vaginale comme dans la première variété.

Somme toute, les deux espèces de hernie congéniale se font dans le diverticulum testiculaire du péritoine. Seulement, suivant que le testicule descend plus tôt ou plus tard, la partie du diverticulum qui constitue le sac communique ou ne communique pas avec la tunique vaginale.

M. MOREL-LAVALLÉE accepte volontiers l'ingénieuse explication que vient de donner M. Cloquet, mais il ne peut admettre que la hernie vaginale testiculaire soit plus commune que la hernie congéniale contenue dans un sac distinct. Tous ceux qui y regarderont de près trouveront que les cas où la hernie est en contact direct avec le testicule sont relativement très-exceptionnels. L'erreur qu'on a commise jusqu'ici en émettant une opinion diamétralement opposée vient de la difficulté qu'on éprouve lorsqu'on cherche si le testicule est ou n'est pas contenu dans le sac. Au premier abord, cette constatation semble devoir être bien facile; il n'en est rien cependant, elle exige une grande attention. Souvent, en effet, le testicule n'est séparé du sac herniaire que par une mince cloison formée par l'adossement des deux séreuses. Cette membrane transparente est exactement appliquée sur le testicule, qui s'en coiffe et fait saillie dans la cavité du sac; de sorte que, lorsqu'on incise celui-ci, on croit que le testicule y est contenu, tandis qu'en réalité il est contenu dans une cavité séreuse indépendante. L'erreur est quelquefois difficile à éviter dans les autopsies, et à plus forte raison dans les opérations pratiquées sur le vivant. M. Morel rappelle à ce propos que la face externe de la tunique vaginale a été plus d'une fois prise pour celle de la tunique albuginée, et cite l'exemple d'une pièce anatomique qui fut présentée à une société savante pour démontrer qu'une hydrocèle traitée par l'injection iodée avait guéri par oblitération de la tunique vaginale. La pièce parut concluante à beau-

coup de personnes; mais lorsqu'on voulut y regarder de plus près, on trouva que la cavité séreuse n'était nullement oblitérée.

On cite habituellement une opération de Zimmermann, dans laquelle on crut que la hernie était dans la tunique vaginale, parce qu'une adhérence en forme de cordon unissait le testicule à la hernie. Cette adhérence avait empêché la réduction parce qu'on ne pouvait faire rentrer la masse herniée sans attirer le testicule en haut. Or, dans un cas de hernie congéniale à sac indépendant, M. Morel-Lavallée a trouvé l'intestin attaché au fond du sac par un cordon long de plus d'un travers de doigt; et comme le sac, par sa face externe, adhérait à la tunique vaginale, qui elle-même adhérait au testicule, celui-ci remontait dans le canal inguinal toutes les fois qu'on voulait faire rentrer la hernie dans le ventre. Si dans un cas de ce genre on eût été appelé à pratiquer une opération, il eût été bien difficile, impossible peut-être, de ne pas prendre le sac pour une tunique vaginale. Quoi qu'il en soit, l'adhérence de l'intestin au testicule ne suffit pas pour prouver qu'une hernie est située dans la tunique vaginale.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Phlegmon péri-utérin. — M. DEMARQUAY présente une pièce provenant d'une femme morte dans le service de M. Monod. C'est un exemple de l'affection décrite depuis quelques années sous le nom de phlegmon péri-utérin. On sait que le siége de cette affection a été l'objet de contestations récentes. MM. Bernutz et Goupil ont publié dans les *Archives générales de médecine* un mémoire pour prouver que ce qu'on nomme phlegmon péri-utérin n'est autre chose qu'un abcès enkysté du cul-de-sac recto-vaginal du péritoine. Un abcès de ce genre existe effectivement sur la pièce de M. Demarquay; mais il existe en outre une inflammation manifeste du tissu cellulaire environnant. La malade, âgée de trente-sept ans, souffrait depuis trois mois dans cette région; elle avait maigri rapidement et avait tous les jours la fièvre. Le toucher vaginal permit de reconnaître une tumeur indurée qui englobait l'utérus. M. Monod vit la malade et diagnostiqua un phlegmon péri-utérin. Un jour, M. Demarquay crut percevoir de la fluctuation dans cette tumeur. Le lendemain un abcès s'ouvrit dans le rectum, et la malade succomba peu de temps après. A l'autopsie, on trouva une cavité purulente communiquant avec le rectum et placée entre cet organe et l'utérus, dans une situation qui correspond exactement au cul-de-sac recto-vaginal du péritoine. Le rectum, l'utérus et la partie

supérieure du vagin, sont enveloppés d'un tissu cellulaire épais et lardacé. Ainsi, il y a à la fois abcès péritonéal et phlegmon péri-utérin.

M. MOREL-LAVALLÉE demande à M. Demarquay quel a été, suivant lui, le point de départ de cette affection, et si l'abcès péritonéal a été primitif ou consécutif.

M. DEMARQUAY répond qu'il l'ignore.

M. GOSSELIN croit qu'à une période aussi avancée il est impossible de savoir où le mal a débuté, et même de savoir si l'abcès s'est formé dans la cavité même du péritoine ou dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Pour résoudre ces questions, il faudrait étudier des phlegmons plus récents.

M. CHASSAIGNAC a vu un cas analogue à celui de M. Demarquay, et a pensé qu'il s'agissait d'une hématocèle rétro-utérine suppurée. La collection s'est également ouverte dans le rectum.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel : P. BROCA.

Séance du 14 avril 1858.

Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Exstrophie de la vessie. — M. le docteur BIALLET présente un petit garçon âgé de cinq jours, qui est atteint d'exstrophie vésicale. Ce cas diffère de l'exstrophie vésicale ordinaire en ce que la solution de continuité de la paroi abdominale antérieure ne remonte pas jusqu'à l'ombilic, dont elle est séparée par une bande cutanée large d'environ 1 centimètre; l'ombilic est d'ailleurs situé très-bas. Les pubis paraissent fort peu écartés. La paroi postérieure de la vessie est repoussée en avant, mais elle fait une saillie beaucoup moins considérable que dans les cas ordinaires. Enfin, la verge est fendue en gouttière dans toute sa largeur.

Plusieurs personnes émettent l'opinion qu'il s'agit d'une exstrophie vésicale incomplète, c'est-à-dire que la division ou l'absence de la paroi antérieure de la vessie ne remonte pas jusqu'au sommet de cet organe.

M. HOUEL pense au contraire que l'exstrophie est complète, que la paroi antérieure de la vessie manque dans toute son étendue, et que l'intervalle de 1 centimètre, qui correspond à la bande cutanée, est occupé par l'ouraque.

M. CAZEAUX demande comment s'écoule l'urine?

Le présentateur répond qu'elle s'écoule continuellement, mais que quelquefois on voit en outre un petit jet s'échapper par l'ouverture de l'un des uretères.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Philippe Boyer, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre honoraire de la Société de chirurgie.

Kystes du cordon spermatique. — A l'occasion du procès-verbal, **M. GIRALDÈS** revient sur la question de priorité qui a été débattue dans la dernière séance. Il n'a pas cité les travaux de M. Follin pour deux raisons : d'abord, parce que M. Kobelt avait, avant M. Follin, comparé les *vasa efferentia* au corps de Rosenmüller, ensuite parce que, suivant M. Giraldès, ces *vasa efferentia* ne sont pas les analogues du corps de Rosenmüller et ne proviennent pas du corps de Wolff. En effet, ils communiquent avec l'épididyme, tandis que le corps de Wolff, au dire de tous les embryologistes et de M. Follin lui-même, est, contrairement à l'opinion de M. Kobelt, tout à fait étranger à la constitution de l'appareil testiculaire.

A l'appui de ces diverses assertions, M. Giraldès montre les planches de la thèse de M. Follin, celles du mémoire de M. Kobelt et les siennes.

M. FOLLIN déclare qu'il ne veut pas revenir sur une discussion déjà épuisée, qu'il maintient tout ce qu'il a dit, et qu'il ne répondra pas autrement.

CORRESPONDANCE.

M. Decès (de Reims), membre correspondant, adresse une réclamation sur la rédaction du procès-verbal de la séance du 31 mars. Le procès-verbal étant déjà imprimé et le mémoire lu dans cette séance par M. Decès étant destiné à être publié, la Société ordonne le dépôt de la lettre de M. Decès aux archives, et passe à l'ordre du jour.

Gangrène sèche du membre inférieur ; élimination naturelle du membre sphacélé ; cicatrisation régulière du moignon. — **M. LARREY** communique, de la part de M. le docteur Larbès (de Damazan), ex-médecin aide-major au 67e de ligne, une observation détaillée qu'il résume de la manière suivante :

« Une femme âgée de cinquante-six ans, mariée à vingt-trois, ayant

eu quatre enfants, les a nourris, ainsi que deux autres. Elle est d'une constitution pléthorique, et a toujours été bien réglée. Elle a eu pour antécédents des douleurs vagues et générales en nourrissant son premier-né, puis des troubles dans la circulation, avec des battements de cœur si prononcés pendant le dernier allaitement, qu'elle fut obligée de sevrer son nourrisson. Une grande frayeur et un refroidissement brusque l'ont rendue plus tard malade pendant longtemps, sans qu'elle ait pu indiquer la nature de cette maladie.

» Cette femme se plaint, en octobre 1857, de douleurs vives à la région précordiale, avec beaucoup de gêne dans la respiration et de violents battements de cœur. L'exploration ne fait reconnaître aucune affection organique de cet organe; mais de la toux, de la fièvre nécessitent une médication antiphlogistique. L'amélioration se prononce, semble se maintenir, lorsque quelques jours après, le 20 octobre, des douleurs vives avec engourdissement se font sentir dans les deux jambes. Ces douleurs se fixent ensuite exclusivement dans la jambe droite, qui éprouve successivement une sensation de froid, une diminution de la sensibilité et de la gêne dans les mouvements. De la rougeur apparaît à la malléole externe et vers les orteils, et en s'étendant aux parties voisines, elle devient bleuâtre; la peau semble se dessécher, les douleurs augmentent, ainsi que les autres symptômes; l'articulation tibio-tarsienne tend à s'immobiliser, les pulsations artérielles deviennent imperceptibles, et le refroidissement du membre est de plus en plus prononcé. Mais peu ou point de réaction générale; rien n'indique non plus l'existence d'une gangrène par le seigle ergoté.

» Tous les moyens applicables d'ailleurs à une gangrène spontanée sont mis en usage sans résultat. La mortification de la peau envahit en peu de jours non seulement la totalité du pied, mais la plus grande partie de la jambe jusqu'à son tiers supérieur, où elle se limite, le 1er novembre, par une ligne transversale ou zone inflammatoire bien marquée. Les orteils sont ardoisés, noirâtres, desséchés, rigides, la même teinte revêt bientôt le pied ainsi que la jambe, qui présente à la face externe de son tiers inférieur un point ramolli, fluctuant, d'où s'écoule, par une incision, un liquide séro-sanguinolent, d'une couleur et d'une odeur gangréneuses. Les tissus restés sains au-dessus du sillon inflammatoire sont d'une sensibilité vive. On a soin de préparer la malade, par un régime analeptique, à supporter les effets d'une élimination naturelle. Celle-ci commence enfin par une séparation plus profonde des parties mortifiées; une suppuration abondante s'établit, et nécessite des pansements fréquents antiseptiques.

» Le 1er décembre, toutes les parties molles divisées laissent à nu le tibia et le péroné en contact avec le pus, qui en favorise l'élimination lente. Celle-ci s'opère enfin spontanément le 20 janvier 1858, trois mois après l'apparition des premiers symptômes de la gangrène. Les deux os cédant à une légère pression exercée au moment d'un pansement, se brisent et se détachent d'eux-mêmes vers le tiers supérieur du membre, presque sans hémorrhagie.

» Des pansements simples légèrement excitants suffisent pour faire développer des bourgeons charnus à la surface du moignon ; la cicatrisation s'établit assez régulièrement, et se trouve à peu près complète aujourd'hui. La malade a repris des forces et de la santé ; elle n'éprouve plus de troubles du côté du cœur, et elle marche avec des béquilles, en attendant que la cicatrice de son moignon soit assez solide pour lui permettre de faire usage d'un moyen prothétique, comme si elle avait subi une amputation ordinaire de la jambe dans le lieu d'élection.

» Quant à la pièce anatomique destinée au musée du Val-de-Grâce, et présentée à la Société, elle offre, ajoute M. Larrey, l'un des exemples les plus remarquables de la momification d'un membre sphacélé. L'ouvrage de François sur les *gangrènes spontanées*, publié en 1832, et relatant une cinquantaine d'observations, n'en présente pas une seule qui, sous ce rapport, et eu égard à la guérison, soit aussi curieuse que l'observation de M. Larbès. »

M. DEMARQUAY cite un cas analogue dans lequel, il est vrai, la mortification était moins étendue, puisqu'elle remontait à peine au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. On laissa le sillon éliminatoire pénétrer jusqu'au squelette, puis on détacha le pied dans l'articulation en coupant quelques ligaments et quelques tendons. L'extrémité inférieure du tibia et celle du péroné se séparèrent ensuite spontanément. Le malade est presque complétement guéri depuis quinze mois, mais il reste encore une petite plaie qui présente de temps en temps de légers accidents de gangrène.

LECTURE.

M. le docteur DESNOS, candidat à la place de membre titulaire, lit un mémoire sur *la dilatation des conduits salivaires*. (Commissaires : MM. Huguier, Richard et Jarjavay.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Enorme dilatation ampullaire de l'urèthre. — M. DEMARQUAY présente les organes urinaires d'un jeune homme de vingt-deux ans,

mort à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Monod. Ce jeune homme, très-adonné à la masturbation, eut il y a trois ans une rétention d'urine, accompagnée de vives douleurs dans le bas-ventre. Il appela un médecin, qui essaya de le sonder, mais qui ne put pénétrer dans la vessie. Depuis lors, le malade n'urina plus que par regorgement ; une tumeur se développa peu à peu dans la région périnéale. Lorsqu'il entra à la Maison de santé, cette tumeur était plus grosse que le poing, presque hémisphérique, très-superficielle et fluctuante. Elle faisait saillie à la fois du côté de la peau et du côté du rectum, où on la sentait fluctuer aussi haut que le doigt pouvait remonter.

M. Demarquay passa dans l'urèthre une sonde qui pénétra aisément dans la poche fluctuante, et qui donna aussitôt un petit jet d'urine. Mais il ne put pénétrer dans la vessie. Il pratiqua alors à la partie inférieure de la tumeur une petite incision qui donna issue à un flot d'urine; puis, introduisant une sonde à travers cette ouverture, il l'engagea aisément dans la partie postérieure de l'urèthre, et la poussa jusque dans la cavité vésicale, qui lui parut extrêmement petite. La sonde fut laissée à demeure et servit à faire chaque matin une injection de liquide. Au bout de quelques jours il survint de la fièvre et des douleurs abdominales; on suspendit les injections en laissant toujours la sonde en place. Mais les accidents empirèrent, et l'opéré succomba. A l'autopsie on a trouvé un phlegmon sous-péritonéal suppuré, étendu depuis le bassin jusqu'au diaphragme, sans aucune trace de péritonite. Le point de départ de ce phlegmon n'a pu être découvert, car les tissus situés autour de l'incision périnéale étaient en bon état.

L'appareil excréteur de l'urine est le siége d'une lésion fort remarquable et probablement sans exemple jusqu'ici. Les reins sont sains, ainsi que l'un des uretères; l'autre uretère est dilaté et offre le volume du petit doigt. La vessie, excessivement rétractée et pour ainsi dire réduite à son trigone, n'a guère plus de 2 centimètres de diamètre. La portion prostatique de l'urèthre est au contraire dilatée, et pourrait loger une petite pomme. Plus en avant, au niveau du bulbe, l'urèthre est le siége d'une énorme dilatation et est transformé en une poche spacieuse, capable de recevoir le poing. Les parois de cette poche sont minces et même transparentes en certains points. Sa surface interne est tapissée d'une muqueuse où l'on aperçoit quelques érosions et qui se continue en avant et en arrière avec la muqueuse uréthrale. La partie de l'urèthre qui est située en avant de la dilatation n'est d'ailleurs le siége d'aucun rétrécissement, d'aucune lésion appréciable, et rien

ne permet de comprendre le mécanisme de cette dilatation, qui, au dire du malade, ne s'est formée que depuis trois ans.

M. JARJAVAY fait remarquer que dans la partie de l'urèthre situé en avant de la dilatation, il n'y a pas la moindre trace de tissu spongieux. Les parois de ce canal sont membraneuses et à demi transparentes, tandis qu'elles devraient renfermer une couche de tissu spongieux, épaisse d'environ 5 millimètres.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, PAUL BROCA.

DES DIFFÉRENCES QUI EXISTENT

ENTRE

LES DEUX PRINCIPALES ESPÈCES DE MAL VERTÉBRAL,

Par M. le docteur P. BROCA.

Après tant de séances presque entièrement consacrées à discuter sur le mal de Pott et sur les abcès par congestion (1), je crains, messieurs, que votre attention ne commence à se fatiguer, et le désir de justifier l'opinion que j'ai émise sur les travaux de Pott n'aurait certainement pas suffi pour me décider à demander de nouveau la parole ; mais ce qui dans l'origine était une simple question d'histoire et de bibliographie est devenu dans les dernières séances une importante question de pathologie. Il ne s'agit plus seulement de savoir ce que Pott a pu dire ou croire, ou ce que ses successeurs ont pu lui attribuer : le débat se trouve maintenant transporté sur un autre terrain. Y a-t-il une ou plusieurs espèces de mal vertébral? Les différences si grandes que l'on constate sous le triple point de vue des symptômes, des lésions et de la gravité entre les diverses formes de cette affection, sont-elles des différences de degré ou des différences de nature? Telle est la question nouvelle qui vient de surgir, et que je me propose d'examiner aujourd'hui.

(1) Ce travail a été lu à la Société de chirurgie dans la séance du 10 mars, en réponse au discours de M. Bouvier.

Celui qui m'aurait dit, il y a un mois, que ce sujet serait mis en discussion dans la Société de chirurgie, m'aurait vraiment beaucoup surpris. J'étais tellement habitué à considérer les tubercules osseux et la carie comme des affections distinctes, abstraction faite de leur siége, que je ne croyais pas possible de revenir sur cette distinction. Cela me paraissait impossible surtout dans le cas particulier où l'altération porte sur les corps vertébraux, parce qu'ici le siége anatomique du mal, le voisinage de la moelle, les connexions et les fonctions des os lésés, fournissent des symptômes spéciaux et multiplient les ressources du diagnostic. Partout ailleurs, il faut le reconnaître, ces ressources sont fort restreintes, souvent même elles font complétement défaut. La nature exacte du mal n'est alors révélée que par l'autopsie, et cependant, malgré l'absence de caractères cliniques distinctifs, personne n'hésite à faire de la carie et des tubercules osseux deux espèces différentes. N'est-il pas surprenant qu'on veuille faire une exception seulement pour la colonne vertébrale, et qu'après avoir distingué l'un de l'autre ces deux états morbides là où ils se ressemblent le plus, on les confonde précisément là où ils se ressemblent le moins?

Lorsque j'ai entendu notre éminent collègue M. Bouvier, que ses études spéciales ont rendu si compétent sur la matière, proclamer ici l'unité du mal vertébral, j'ai donc commencé par me demander si je l'avais bien compris; mais toute incertitude a dû disparaître lorsque j'ai lu son discours imprimé et lorsque j'ai assisté à la lecture de son second travail. Bientôt plusieurs autres collègues, parmi lesquels je dois citer surtout M. Morel-Lavallée, se sont prononcés dans le même sens; d'autres encore, dans des conversations particulières, m'ont exprimé la même opinion, et finalement, chose pour moi tout à fait imprévue, la doctrine de l'unité du mal vertébral paraît compter dans la Société de chirurgie beaucoup d'adversaires et très-peu de partisans.

Pour réfuter une opinion si bien défendue, je ne saurais m'entourer de trop de preuves et de trop de témoignages. Je ferai donc appel successivement à l'anatomie pathologique, à l'observation clinique et à l'histoire.

L'anatomie pathologique nous enseigne que le mal vertébral peut être dû à des lésions extrêmement dissemblables. Trois d'entre elles sont aujourd'hui bien connues: ce sont les tubercules, la carie et la nécrose. Une quatrième, moins classique, a été et est encore l'objet de nombreuses contestations; je veux parler de l'arthrite vertébrale, sorte de tumeur blanche des symphyses, admise par les uns comme une lésion primitive des disques fibro-cartilagineux, considérée par les au-

tres comme une altération consécutive, dont le point de départ est toujours dans le tissu des vertèbres adjacentes. Je dois dire que, pour ma part, j'admets l'arthrite vertébrale idiopathique ; elle ne me paraît même pas fort rare. Je veux bien toutefois, pour simplifier la question, laisser de côté cette forme, et réduire à trois le nombre des altérations dissemblables que l'on peut rencontrer dans le mal vertébral. Je le réduirai même à deux, parce que la nécrose, quoique pouvant être idiopathique, ainsi que M. Cloquet nous l'a prouvé dans la dernière séance par un exemple fort remarquable, n'est, dans beaucoup de cas, qu'une complication de la carie. Mais, quelque complaisance qu'on y puisse mettre, il reste toujours deux groupes de lésions complétement distincts, complétement étrangers l'un à l'autre : d'une part, les tubercules vertébraux, production accidentelle spéciale, qui bien certainement n'est pas le résultat d'un travail inflammatoire ; d'une autre part, la carie, la nécrose, et au besoin l'arthrite vertébrale, altérations qui ont entre elles ce caractère commun d'être sous la dépendance de l'inflammation de l'os ou de ses annexes.

Désirant ne pas trop multiplier les espèces, cherchant même, autant que possible, à en restreindre le nombre, je me bornerai à comparer entre eux ces deux groupes d'altérations, et je prendrai pour type du second groupe la carie compliquée ou non de séquestres partiels, parce qu'elle est à la fois plus commune et mieux étudiée que les autres lésions vertébrales d'origine inflammatoire.

Je crois pouvoir me dispenser d'établir un parallèle purement anatomique entre la carie et les tubercules vertébraux. Ce que je pourrais dire sur ce sujet est bien connu de tous ceux qui m'écoutent. Je demanderai toutefois la permission de m'expliquer sur un point. Les travaux, si utiles d'ailleurs, de M. Nélaton, ont fait admettre deux formes de tuberculisation osseuse, la forme enkystée et la forme infiltrée. Cette seconde forme n'a pas été acceptée sans contestation; les uns en ont nié l'existence; les autres, au contraire, la considérant comme extrêmement fréquente, ont cru pouvoir y rattacher la plupart des lésions que l'on attribue communément à la nécrose ou à la carie vertébrales.

Les partisans de cette dernière opinion, croyant presque toujours trouver dans les vertèbres malades des tubercules soit infiltrés, soit enkystés, n'ont pas peu contribué à propager la doctrine de l'unité du mal vertébral. Toutefois une étude plus approfondie, complétée par l'examen microscopique, n'a pas tardé à démontrer que l'infiltration tuberculeuse des os est un phénomène réel sans doute, mais tout à fait

exceptionnel. Pour ma part, j'en ai vu deux ou trois exemples dans le tissu spongieux des os longs chez les enfants, mais je n'en ai pas vu un seul cas dans les vertèbres, et je suis bien convaincu que les lésions si communes qu'on a attribuées à l'infiltration tuberculeuse des os ne sont autre chose, dans l'immense majorité des cas, que des infiltrations purulentes accompagnant la carie ou aboutissant à la nécrose, et dans l'un et l'autre cas, dépendant d'un travail inflammatoire. Je ne m'occuperai donc pas de l'infiltration tuberculeuse des vertèbres, lésion encore douteuse pour moi, bien différente à coup sûr, si elle existe, de ce qu'on a jusqu'à présent décrit par erreur sous ce nom, et il est bien entendu, une fois pour toutes, que sous le nom de tubercules vertébraux je désignerai seulement les tubercules enkystés.

Je ne m'occuperai pas de la carie qui attaque les lames et les apophyses; cette variété de mal vertébral, en effet, n'offre aucune ressemblance clinique avec les tubercules, dont le siége est constamment dans les corps vertébraux. Je parlerai donc surtout de la carie de ces corps.

Cela posé, les tubercules vertébraux diffèrent de la carie non-seulement par leur nature et par leurs lésions propres que je n'ai pas besoin de décrire ici, mais par leur siége, par leur répartition, par leur évolution, par leurs résultats, et même par les conditions au milieu desquelles ils se développent. Chez les jeunes enfants, le mal vertébral est le plus souvent produit par des tubercules ; chez les adolescents et chez les adultes, la carie est au contraire la lésion la plus commune. Le mal vertébral de la région dorsale et de la région cervicale est généralement de nature tuberculeuse; celui qui se manifeste sur la colonne lombaire dépend de la carie bien plus souvent que des tubercules. La carie débute toujours par la surface de l'os ; elle ne pénètre que peu à peu dans l'épaisseur du tissu spongieux; ce n'est qu'au bout d'un temps assez long, lorsque l'existence du mal vertébral est déjà révélée par d'autres accidents fort graves, que les vertèbres creusées par la carie perdent leur solidité et s'affaissent sous le poids des parties supérieures; et il arrive même très-souvent que la maladie parcourt toutes ses périodes, qu'elle se termine par la mort ou par la guérison, sans donner lieu à la moindre gibbosité. Les tubercules, au contraire, dès le moment de leur apparition, attaquent, excavent profondément le tissu des corps vertébraux, et en diminuent promptement la résistance, si bien que l'apparition de la gibbosité, phénomène à peu près constant et toujours très-précoce, est quelquefois, j'ose même dire souvent, le premier symptôme du mal. La carie, au moins dans l'origine, n'attaque ordinairement qu'un seul point et qu'une seule vertèbre;

plus tard, elle peut s'étendre de proche en proche et gagner les vertèbres voisines; mais le plus habituellement le foyer de destruction est assez limité et la déviation qui en résulte est peu prononcée : c'est une légère saillie anguleuse formée par l'apophyse épineuse correspondante, et les cas où la gibbosité est plus considérable sont relativement assez rares. Les tubercules, au contraire, sont remarquables par leur tendance à la multiplicité ; il est fréquent d'en trouver plusieurs dans une seule vertèbre, et presque toujours ils se présentent simultanément dans le corps de plusieurs vertèbres superposées ; cela s'observe surtout chez les enfants. C'est alors qu'on voit paraître ces gibbosités énormes qui changent entièrement la direction de la colonne, qui dérangent tout l'équilibre de la station et qui renferment quelquefois dans la cavité de leur angle les débris de trois ou quatre corps vertébraux.

En poursuivant ce parallèle, nous trouvons que dans la carie le siége de la première altération, étant toujours superficiel, est séparé du canal rachidien par une épaisse couche de tissu osseux à peu près sain ; les organes contenus dans ce canal conservent donc longtemps leur intégrité, et ce n'est qu'à une période très-avancée qu'on voit survenir des accidents de paralysie ; ceux-ci même, le plus souvent, ne se manifestent jamais. Dans l'affection tuberculeuse, il en est tout autrement. Les lésions, dès le début, occupent une situation profonde, et la distance qui les sépare de la dure-mère rachidienne n'est quelquefois que de quelques millimètres. Dans le travail de réaction provoqué par la présence des tubercules, soit avant, soit pendant la période de ramollissement, il arrive donc fréquemment qu'une inflammation plus ou moins chronique gagne les enveloppes de la moelle ou la moelle elle-même, surtout dans ses faisceaux antérieurs, et de là naît la paralysie des membres abdominaux, que les mémoires de Pott ont rendue si célèbre. Cet accident, très-rare et très-tardif dans la carie, est au contraire très-fréquent et très-précoce dans l'affection tuberculeuse ; il précède même quelquefois l'apparition de la gibbosité, et c'est alors le premier symptôme appréciable.

J'arrive maintenant aux abcès. Les deux affections que je compare ont ceci de commun qu'elles peuvent l'une et l'autre produire des abcès par congestion. Mais tandis que ce résultat est constant dans la carie, il fait assez souvent défaut, dans la maladie tuberculeuse, pour qu'on soit autorisé à le considérer seulement comme une complication. Le premier effet de la carie est la sécrétion du pus ; l'abcès froid se forme en même temps que l'érosion de l'os, puis augmente chaque jour, et ne tarde pas à devenir accessible au toucher. Entretenu d'ailleurs par une

lésion osseuse qui n'a presque aucune tendance à guérir, il n'est guère susceptible de se résorber ; dès lors il s'accroît sans limites, et tôt ou tard, après un trajet plus ou moins long et plus ou moins oblique, il vient faire saillie sous la peau. Ainsi, dans la carie des corps vertébraux, la production de l'abcès migrateur est un accident inévitable, toujours extrêmement grave et toujours très-précoce. Le plus souvent, ce phénomène précède tous les autres symptômes physiques, et je crois pouvoir dire en particulier qu'il est toujours appréciable avant la gibbosité.

Les abcès symptomatiques des tubercules vertébraux peuvent affecter la même marche, atteindre le même volume, et offrir la même gravité que ceux de la carie ; et ce point de ressemblance est certainement la principale cause de l'erreur de mes honorables adversaires. Mais de ce que deux maladies peuvent, dans quelques cas, présenter le même symptôme, il n'en résulte pas qu'elles soient identiques. Or, il se trouve précisément que l'étude des abcès fournit un des meilleurs arguments que l'on puisse invoquer pour établir la distinction clinique entre la carie et les tubercules vertébraux.

Dans l'affection tuberculeuse, en effet, la suppuration, loin d'être comme dans la carie un phénomène initial et inévitable, est au contraire un phénomène consécutif et accidentel : consécutif, puisqu'il ne se manifeste jamais avant la période de ramollissement; accidentel, puisque dans certains cas il fait complétement défaut. Je sais bien que cette dernière proposition a été contestée; on a dit que les tubercules ne pouvaient guérir sans abcès et que les cas nombreux et d'ailleurs bien caractérisés où la guérison paraît s'effectuer sans suppuration prouvent simplement la possibilité de la résorption des foyers purulents. Je me garde bien de nier cette résorption. Je la considère même comme fréquente. Je vais plus loin encore, et je dis, avec M. Huguier, que si les abcès tuberculeux se résorbent si souvent, tandis que ceux de la carie ne se résorbent jamais ou presque jamais, c'est l'indice d'une différence très-remarquable entre les deux grandes formes du mal vertébral. Les abcès tuberculeux, une fois formés, n'existent plus que par eux-mêmes ; le pus est fourni par la membrane pyogénique ou par celle qui tapisse la cavité de l'os ; mais il n'est pas fourni par l'os lui-même; et la collection dès lors se comporte comme pourrait le faire un abcès froid idiopathique.

Les abcès symptomatiques de la carie, au contraire, sont entretenus par la suppuration de l'os ; la membrane pyogénique contribue sans doute, dans beaucoup de cas, à la sécrétion du pus, mais la surface

cariée fournit en outre une suppuration incessante, qui, dans les cas les plus favorables, rend les efforts de résorption tout à fait insuffisants. La formation de l'abcès dans la carie prouve que la maladie de l'os est en voie d'accroissement ; dans l'affection tuberculeuse, au contraire, elle prouve que la lésion du squelette est déjà en voie de guérison, puisque la caverne osseuse est débarrassée de son contenu, et que rien désormais ne l'empêche de se rétrécir, de s'affaisser et de se cicatriser. Ainsi s'explique la différence si grande qui existe entre les abcès de la carie et les abcès d'origine tuberculeuse, sous le rapport de leur marche, de leur terminaison et de leur gravité. Ainsi s'expliquent la résorption fréquente de ces derniers abcès et l'impossibilité presque absolue de la résorption des autres, contraste frappant qui aurait dû suffire pour faire cesser toute confusion, et sur lequel il me suffira sans doute d'appeler l'attention de mes honorables adversaires.

Après cela, il importe assez peu qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de suppuration véritable dans les cas où le mal vertébral tuberculeux guérit sans abcès apparent. S'il était démontré que la suppuration est constante, la différence entre cette affection et la carie serait moins radicale peut-être, mais ne serait ni moins évidente pour le clinicien ni moins réelle pour l'anatomo-pathologiste. Qu'il existe ou non, sur les côtés de la colonne vertébrale, de petites collections plus ou moins purulentes, c'est tout un pour le clinicien ; il ne s'inquiète que de ce qui donne lieu à quelque symptôme, à quelque indication, ou à quelque effet appréciable, et il évitera toujours de confondre les cas où les abcès se manifestent à lui comme un accident menaçant avec ceux où la suppuration ne peut être admise qu'au moyen d'un raisonnement plus ou moins subtil. L'anatomo-pathologiste, de son côté, faisant l'autopsie des individus guéris depuis quelque temps du mal vertébral tuberculeux, trouve souvent les vertèbres affaissées et soudées sans aucune trace d'abcès. Il en conclut, ou bien qu'il n'y a pas eu d'abcès, ou bien que l'existence d'une suppuration antérieure est problématique, hypothétique et indémontrable, et que, dans l'un ou l'autre cas, la guérison s'est effectuée par un mécanisme entièrement incompatible avec les caractères bien connus de la carie.

Toutefois, les autopsies sans abcès et sans vestiges d'abcès ont été interprétées d'une manière différente par plusieurs de nos collègues. Il n'y a pas de pus, disent-ils, mais il a *dû* y en avoir autrefois. Si on leur demande pourquoi, ils répondent que le pus *peut* se résorber sans laisser de traces. Fort bien ; cela prouve qu'il a *pu* y avoir un abcès, cela ne prouve pas que cet abcès ait existé. Jusqu'ici je ne vois qu'une

supposition là où j'attendais une preuve. On ajoute, il est vrai, que d'autres autopsies, faites dans des cas moins heureux ou moins avancés vers la guérison, ont révélé l'existence d'abcès tuberculeux. Cela est incontestable et incontesté ; mais de ce que ces abcès existent quelquefois, il n'en résulte pas qu'ils doivent exister toujours. Il est bon d'ailleurs de s'entendre sur la signification de ce mot, un peu vague, d'*abcès tuberculeux*.

Dans l'origine le tubercule cru, formant ~~une~~ masse solide et à peu près sphérique, remplit exactement une cavité creusée dans l'épaisseur du corps vertébral; plus tard il se ramollit graduellement et se change en une matière encore assez dense, semblable, par sa consistance et sa couleur, au mastic des vitriers. Cette collection, encore contenue dans l'os, n'est évidemment pas un abcès. Peut-elle se résorber entièrement sur place, sans s'ouvrir à l'extérieur? Cela est douteux. Quoi qu'il en soit, le plus souvent, si ce n'est toujours, le tissu osseux se laisse absorber de dedans en dehors, ou cède à une pression mécanique, et la collection arrive sous le périoste; puis le corps vertébral, dont la résistance est diminuée, s'affaisse, et la caverne s'aplatit en expulsant son contenu, qui vient former sous le périoste une saillie à large base; mais en changeant de place la matière tuberculeuse n'a pas changé de nature, et ce serait faire abus de langage de donner le nom d'abcès à ces collections sessiles, pleines d'une substance caséiforme, qui est du tubercule et non du pus. Si c'est cet état que l'on invoque pour prouver la constance des abcès, c'est à peu près comme si l'on disait qu'il n'y a pas de tubercule sans tubercule, chose qu'assurément je n'ai point l'intention de nier; mais alors, comme il s'agit avant tout de s'entendre sur les mots, il faut ajouter que ces prétendus abcès diffèrent entièrement par leur origine et par leur nature de ceux qu'on observe dans les autres affections vertébrales. Ils en diffèrent surtout par leur évolution ultérieure, et, en particulier, par leur tendance à la résorption.

La résorption des dépôts purulents proprement dits est un fait tellement rare, qu'on en a longtemps nié la possibilité. Personne aujourd'hui ne se refuse à l'admettre, mais ce phénomène est considéré à juste titre comme tout à fait exceptionnel. Si les abcès que l'on voit se résorbent si difficilement, il serait au moins singulier qu'il en fût autrement de ceux qu'on ne voit pas. Il serait singulier surtout qu'un privilége spécial fût accordé sous ce rapport aux abcès symptomatiques du mal vertébral, car on ne voit guère comment le voisinage d'une lésion osseuse pourrait favoriser la résorption du pus, contrairement à

toutes les lois connues. Or, la résorption des petites collections tuberculeuses dont je parlais tout à l'heure s'effectue évidemment toutes les fois que le mal vertébral guérit sans suppuration appréciable, c'est-à-dire très-souvent; cela seul, au besoin, suffirait pour prouver que ce ne sont pas des abcès.

Cette résorption, toutefois, est loin d'être constante. Souvent la matière tuberculeuse collectée sous le périoste provoque autour d'elle un travail de suppuration ; la poche se dilate, s'allonge, et prend , suivant l'expression de Palletta, la forme d'une sangsue gorgée suspendue à l'orifice de la caverne osseuse. En même temps la consistance du contenu diminue ; c'est une bouillie dense, légèrement jaunâtre , mélange de pus et de tubercules ; c'est là le véritable abcès tuberculeux. Ces collections mixtes se résorbent moins souvent que les tubercules non mélangés de pus, mais bien plus souvent que le pus sans mélange de tubercules. A mesure que la collection s'accroît et que la quantité relative de pus devient plus grande , la tendance à la résorption diminue. Enfin, lorsque la sécrétion du pus continue à s'effectuer, la poche se dilate, descend dans les interstices celluleux ou dans les gaînes musculaires , devient appréciable au toucher et à la vue, et se comporte anatomiquement comme les abcès par congestion symptomatiques de la carie, avec cette différence toutefois que la suppuration, n'étant fournie que par la membrane pyogénique, au lieu d'être entretenue par un os carié, a plus de chances de s'arrêter, de se tarir, et de faire place à un travail d'absorption. On notera, en effet, que les belles observations de M. Bouvier sur la résorption des abcès par congestion, terminaison à peine connue avant ses travaux , et dont nous trouvons un nouvel exemple dans le récent mémoire de M. Gillebert d'Hercourt , on remarquera, dis-je, que ces observations ont été recueillies chez des enfants qui présentaient d'ailleurs tous les autres symptômes du mal vertébral tuberculeux.

Je ne suis pas en mesure d'apprécier, même approximativement , la proportion relative des cas où les tubercules vertébraux produisent de grands abcès, et de ceux où ils guérissent sans abcès appréciable ; mais je puis dire du moins, sans craindre de me tromper , que les cas de cette seconde catégorie sont très-communs , car la plupart des gibbosités médianes reconnaissent une semblable origine.

Il est une autre question de fréquence relative tout aussi incertaine pour moi que la précédente. J'ai dit que les guérisons sans abcès apparent renferment à la fois les cas où il n'y a aucune suppuration véritable, et ceux où un petit abcès tuberculeux latent est graduellement

et complétement résorbé. Quelle est la plus commune de ces deux éventualités également heureuses ? Je l'ignore, et toutefois je suis disposé à croire que c'est la première. La matière tuberculeuse me paraît, en effet, plus facile à résorber lorsqu'elle est à l'état de pureté que lorsqu'elle est mêlée à une notable quantité de pus. Il est d'ailleurs digne de remarque que le mal vertébral tuberculeux de la région cervicale guérit très-souvent sans abcès appréciable ; M. Marjolin nous a même dit, dans une de nos dernières séances, que c'est le cas le plus ordinaire, et, à l'appui de cette assertion, il nous a cité trois faits qu'il a actuellement sous les yeux. Or, chez les enfants, à travers les chairs amaigries du cou, une petite collection fluctuante, fût-elle moins grosse qu'une noix, serait facile à reconnaître, si elle existait réellement ; il est donc fort probable que les malades de M. Marjolin ont eu seulement des foyers tuberculeux sans suppuration véritable. S'il est vrai, comme il nous l'a dit, et comme je le pense, que les cas de ce genre soient plus communs que ceux où on trouve de la fluctuation, il est permis de supposer que la proportion est à peu près la même lorsque les tubercules sont situés un peu plus bas et qu'ils occupent les corps vertébraux de la région dorsale ; mais je ne donne cela que comme une supposition. Cette question d'ailleurs n'a qu'un intérêt fort secondaire.

Je me reprocherais d'avoir insisté si longuement sur les abcès, si la grande importance que plusieurs de nos collègues ont paru attacher à ce symptôme ne devait me servir d'excuse. Qu'il me soit permis maintenant de résumer en quelques mots le parallèle que je viens d'établir entre les tubercules et la carie des corps vertébraux, et d'esquisser à grands traits le diagnostic de ces deux affections.

Elles occupent l'une et l'autre la colonne vertébrale ; elles peuvent l'une et l'autre donner lieu à la formation de gibbosités médianes et d'abcès par congestion : voilà leur ressemblance. Voici maintenant les différences :

Les tubercules vertébraux sévissent de préférence chez les enfants, la carie chez les adultes. On peut même dire que la carie est rare avant l'adolescence : le mal vertébral qui s'observe chez les sujets âgés de moins de douze ans est presque toujours tuberculeux.

Les tubercules ont pour siége de prédilection la région dorsale ; ils sont un peu moins communs sur les vertèbres cervicales ; ils sont beaucoup plus rares dans la région lombaire. La carie, au contraire, très-fréquente dans cette dernière région, se montre quelquefois sur

les deux ou trois dernières dorsales, et rarement sur les vertèbres d'un rang supérieur.

L'affection tuberculeuse produit fréquemment et de très-bonne heure la paralysie des membres inférieurs. Cet accident précède même souvent tous les autres symptômes. Dans la carie, au contraire, il est extrêmement rare, et ne se manifeste d'ailleurs qu'à une époque très-tardive.

Dans le mal vertébral tuberculeux, la production de la gibbosité est un phénomène à peu près constant; il fait très-souvent défaut dans la carie, je devrais peut-être dire le plus souvent. Cette gibbosité est un des premiers symptômes des tubercules, souvent même le premier et quelquefois le seul. Elle paraît beaucoup plus tard dans l'autre maladie. La gibbosité tuberculeuse peut être assez légère; mais ordinairement elle fait une saillie anguleuse très-prononcée, parce que les tubercules détruisent fréquemment plusieurs vertèbres superposées. La carie, dont les lésions sont généralement beaucoup plus restreintes, ne produit presque jamais de grandes gibbosités; dans l'immense majorité des cas, la saillie d'une apophyse épineuse est la seule déformation que l'on puisse constater. Une gibbosité considérable, médiane et anguleuse, est l'indice presque certain du mal vertébral tuberculeux.

L'abcès par congestion est à la carie ce que la gibbosité est aux tubercules. Dans la carie, l'abcès est constant; il manque très-souvent dans l'affection tuberculeuse, soit qu'il n'y ait aucune suppuration, soit que cette suppuration reste latente, ce qui est identiquement la même chose au point de vue du diagnostic, comme au point de vue de la terminaison. L'abcès symptomatique de la carie paraît toujours de très-bonne heure; le plus souvent, constamment peut-être, il est apparent avant la gibbosité. L'abcès symptomatique des tubercules est beaucoup plus tardif, et ne se manifeste qu'après la gibbosité. Enfin, la résorption des abcès d'origine tuberculeuse s'observe quelquefois même lorsque ces collections ont acquis un assez grand volume; une semblable terminaison est peut-être sans exemple dans la carie, et à coup sûr elle est beaucoup plus rare que dans l'autre espèce de mal vertébral.

En dernière analyse, l'affection tuberculeuse des vertèbres est beaucoup moins grave que la carie; elle guérit souvent sans abcès, par les traitements les plus divers et même sans aucun traitement. La carie, abandonnée à elle-même, est au contraire presque inévitablement mortelle, et les traitements les mieux combinés ne réussissent que par exception.

Des différences aussi nombreuses et aussi prononcées permettent de

dire que l'observation clinique confirme la distinction établie entre ces deux affections par l'anatomie pathologique. Je ne veux pas dire que le diagnostic soit toujours facile, mais il l'est du moins souvent; et s'il est quelquefois douteux, ce n'est pas une raison pour y renoncer dans les autres cas. Ne sait-on pas que les affections les plus disparates peuvent, à la faveur de quelques caractères communs, se simuler mutuellement au point de rendre le diagnostic impossible? Qui songe pour cela à les confondre? Et pourquoi se montrer plus exigeant pour le mal vertébral qu'on ne l'est par exemple pour les tumeurs? Il y a d'ailleurs une circonstance qui complique singulièrement le diagnostic des deux formes les plus vulgaires du mal vertébral; c'est qu'à côté de l'éventualité de la carie ou des tubercules se présente celle de la nécrose ou de l'arthrite, affection dont les symptômes, moins tranchés ou moins bien connus, et peut-être aussi moins constants, forment en quelque sorte des nuances intermédiaires entre les deux types principaux que je viens de comparer. Je serais fort embarrassé, je l'avoue, si j'étais obligé d'écrire un chapitre complet, pratique et précis sur le diagnostic de toutes les lésions qui peuvent altérer la continuité de la colonne vertébrale. Ce travail ne me paraît pas possible dans l'état actuel de la science. Il ne pourra le devenir qu'à la faveur d'observations ultérieures, et c'est pour hâter ce résultat que je m'efforce de combattre la doctrine de l'unité du mal vertébral.

J'aurais peut-être hésité à entreprendre cette tâche, et j'aurais pu douter de la bonté de ma cause, en voyant dans le camp opposé tant d'éminents collègues dont l'expérience égale le savoir, si, pour contrebalancer leur autorité et pour raffermir mes convictions ébranlées, il ne m'eût été possible d'invoquer le témoignage de l'histoire. Or, l'histoire nous enseigne qu'avant l'intervention de l'anatomie pathologique, avant le parallèle établi par les modernes entre les tubercules des os et les lésions de la carie, les praticiens avaient pressenti, formulé ou accepté sans discussion deux formes distinctes de ce qu'on appelle aujourd'hui le mal vertébral, beaucoup d'entre eux n'ayant même pas songé à établir entre ces deux formes le moindre rapprochement.

On trouve dans la collection des traités attribués à Hippocrate plusieurs passages contradictoires relatifs au mal vertébral, entre autres un aphorisme entièrement faux, devant lequel les commentateurs, à commencer par Galien, sont restés fort embarrassés. Des opinions plus raisonnables, remarquables même à plus d'un titre, quoique erronées pour la plupart, sont consignées dans le *Mochlique* et dans le *Traité des articles*. C'est dans ce dernier ouvrage surtout qu'il faut étudier la

doctrine hippocratique, et on y trouve (§ 41 de l'édition Littré) le vestige de la distinction des deux formes du mal vertébral. L'auteur, il est vrai, attribue à une différence de siége ce que nous pouvons attribuer aujourd'hui à une différence de nature; mais son opinion, pour n'être pas motivée, n'en a peut-être que plus de valeur. On remarquera d'abord que le § 41 est exclusivement consacré à l'étude des gibbosités produites par le mal vertébral. Les déplacements d'origine traumatique et les déviations de la taille sont décrits plus loin dans des chapitres séparés, et Hippocrate, sous ce rapport, a su éviter une confusion commise après lui par presque tous ses successeurs jusqu'au dix-huitième siècle.

Mais revenons au § 41, composé lui-même de deux parties, où l'auteur s'occupe successivement de la gibbosité des vertèbres dorsales, et de celle des vertèbres lombaires. Après avoir décrit les symptômes du mal vertébral sus-diaphragmatique, et indiqué comme complication l'existence fréquente des tubercules pulmonaires, il arrive à la gibbosité lombaire, et s'exprime en ces termes : « Quant à ceux » qui sont affectés de gibbosité au-dessous du diaphragme, que'ques» uns éprouvent des lésions des reins et de la vessie; de plus, ils sont » exposés à des dépôts purulents aux lombes et aux aines, dépôts de » longue durée, de difficile guérison, et dont aucun ne résout la gibbo» sité. » (Trad. Littré, t. IV, p. 181.)

Suit le parallèle, assez peu exact, il faut en convenir, des gibbosités sus et sous-diaphragmatiques. Malgré ces inexactitudes, il est évident qu'Hippocrate a indiqué la distinction des deux formes que nous admettons : l'une, sans abcès, se montrant de préférence chez les sujets atteints de tubercules pulmonaires; l'autre avec abcès par congestion inguinal ou lombaire, et sans connexion avec l'état de la poitrine; la première attaquant les vertèbres dorsales, où, comme nous le savons aujourd'hui, les tubercules ont leur maximum de fréquence; la seconde intéressant les vertèbres lombaires, dont les lésions sont le plus souvent dues à la carie. Jusqu'ici le parallèle établi par Hippocrate coïncide assez exactement avec celui que je viens de tracer; toutefois, il s'en écarte notablement sous le rapport du pronostic. L'auteur grec, en effet, considère les gibbosités dorsales comme plus graves que les gibbosités lombaires. Mais il est aisé de reconnaître que son assertion repose moins sur l'observation que sur la théorie, car il ajoute aussitôt que la guérison des gibbosités sous-diaphragmatiques est due à la formation de varices aux jambes, à l'aine, et surtout à la veine du jarret. Avec une semblable théorie, il fallait bien admettre que la guérison

était d'autant plus facile que la gibbosité était plus rapprochée de la veine-cave et des régions où pouvaient se former ces bienfaisantes varices. Galien, dans son *Commentaire*, donne courageusement cette explication.

Hippocrate avait pu se tromper sur un point, mais il avait du moins éclairé d'une vive lumière la question du mal vertébral; après lui vinrent les ténèbres et la confusion. Non-seulement on effaça la distinction qu'il avait établie entre les gibbosités lombaires et dorsales; non-seulement on rassembla dans une même description les déviations dues à une altération locale des vertèbres et les déviations latérales de la taille; on alla plus loin encore : la plupart des auteurs oublièrent jusqu'à l'existence des abcès par congestion, et ceux qui en parlèrent se contentèrent de les mentionner par énumération non parmi les effets, mais, chose étrange, parmi les causes des gibbosités. Je ne serais pas étonné qu'Avicenne fût l'auteur de ce revirement singulier. Cet auteur, énumérant les causes qui peuvent produire la déviation de l'épine, parle successivement des actions traumatiques, de l'humidité aqueuse qui relâche les ligaments, enfin des ventosités et des apostèmes. ***Et quandoque fit gibbositas propter ventositatem aut apostema.*** (Avicenne, lib. III, fen. 21, tract. II, cap. 12; trad. Costæus. Venise, 1564, in-fol., t. I, p. 950, col. 2.)

C'est court, mais obscur. L'apostème, c'est évidemment l'abcès; quant à la ventosité, j'ai cru d'abord qu'elle correspondait à l'affection osseuse décrite par les Arabes sous le nom de ***spina ventosa;*** mais la suite du texte ne se prête pas à cette interprétation. Pour le dire en passant, la gibbosité venteuse, suivant Avicenne, est celle qui chez les enfants produit l'affaiblissement des membres inférieurs. (*Loc. cit.*, p. 951, col. 1, lignes 24 à 30.) Cette remarque a bien sa valeur historique. Avicenne n'avait parlé que d'un affaiblissement des membres inférieurs; Guy de Chauliac prononça le mot de paralysie. Ce symptôme du mal vertébral fut indiqué après lui par Wedel (*Acad. naturæ curiosorum*, ann. II, obs. 230. 1671); par M. A. Severin (*De gibbis, valgis, varis*, etc., cap. IV. 1632), et par plusieurs autres auteurs. Ainsi disparaît la priorité qu'on a accordée à Pott avec beaucoup trop de complaisance.

Quoi qu'il en soit, Avicenne avait mentionné les apostèmes parmi les causes des gibbosités. Quelle était la nature de ces apostèmes? S'agissait-il des abcès par congestion, ou seulement des petites collections déjà indiquées par Hippocrate et par Galien sous le nom de tubercules? Dans cette dernière hypothèse, Avicenne n'aurait péché que par

obscurité, et ne serait pas directement responsable d'une erreur qui, grâce à l'ambiguïté de son texte, ne tarda pas à faire son chemin. Les abcès symptomatiques, dont l'étude aurait dû rester à jamais inséparable de celle du mal vertébral, n'étant plus désormais que l'une des causes des gibbosités, furent étudiés séparément avec les autres abcès froids sous le nom commun d'*abcès par congestion.* On croit à tort que le mot congestion indique la migration du pus. Ce mot, dans l'acception qu'il avait alors, désignait la plupart des tumeurs chroniques solides ou liquides qui ne résultaient pas de l'inflammation. La congestion était presque synonyme de ce que nous appelons aujourd'hui l'inflammation chronique.

A la faveur de cette dénomination commune, on s'enfonça de plus en plus dans la confusion. Dans l'origine on se bornait à prendre l'effet pour la cause, en attribuant à l'abcès la lésion du squelette; bientôt on oublia jusqu'à l'existence de cette dernière lésion. En même temps ceux qui écrivaient sur le mal vertébral cessaient à leur tour de mentionner les abcès soit parmi les effets, soit parmi les causes des gibbosités, et il en résulta qu'à la fin du moyen âge, on ne trouvait dans la science que des abcès sans gibbosité ou des gibbosités sans abcès.

Je fais la part des habitudes de cette époque ténébreuse. Je sais qu'alors les livres se faisaient avec d'autres livres, et qu'il fallait être bien hardi pour oser être un peu plus ou un peu moins qu'un écho. Il suffisait d'un traducteur ignorant ou d'un copiste distrait pour faire subir aux descriptions des altérations durables, et même quelquefois pour créer des maladies nouvelles. Mais pour couper en deux une maladie aussi commune et aussi grave que le mal vertébral, pour en disperser les tronçons aux deux extrémités de la chirurgie, il fallait autre chose que des erreurs d'interprétation; il fallait que la nature même des choses s'y prêtât. Or, les abcès par congestion les plus fréquents et les plus remarquables, provenant ordinairement de la carie lombaire, existent très-souvent sans gibbosité ou avec une gibbosité à peine appréciable; en outre, les gibbosités les plus communes et les plus prononcées, étant celles qui résultent de la tuberculisation des vertèbres dorsales, existent très-fréquemment sans abcès. Telle est, je n'en doute pas, la véritable cause de la séparation radicale qu'on établit au moyen âge entre les deux symptômes les plus apparents du mal vertébral, séparation qui se perpétua ensuite de livre en livre jusqu'à la fin du dix-huitième siècle.

Lorsque les érudits de la renaissance eurent remis en honneur les écrits d'Hippocrate, on retrouva, il est vrai, dans le traité des articu-

lations le passage important que j'ai analysé et qui aurait dû rappeler les praticiens à une plus saine observation. Mais l'habitude était prise, et les erreurs, une fois rendues classiques, ne se dissipent pas aisément. Chose vraiment curieuse, ceux qui écrivaient sur les gibbosités commentaient à l'envi le traité des articles, mais quand ils arrivaient à la phrase où Hippocrate parle des abcès, ils la passaient sous silence, ou se contentaient de la citer, par acquis de conscience, sans en comprendre la portée. Marc-Aurèle Séverin, par exemple, que j'ai eu la patience de lire, a écrit tout un livre sur les gibbosités, et n'a pas manqué de reproduire l'opinion d'Hippocrate sur les abcès; mais il a écrit un autre livre sur les abcès par congestion, *de abscessu per congestum*, et là, par une contradiction manifeste, il n'a parlé ni du mal vertébral ni des gibbosités. Je me trompe, il en a dit quelques mots, contenus dans les trois lignes suivantes :

Circa spinam dorsi mali sunt omnes abscessus magni. Apostema magnam dorsi spinam attingens, hanc plerumque distorquet in gibbum, ut observavi in Margarita Blanchina (*De abscessu per congestum, cap.* XIV).

Voilà tout ce que M. A. Séverin a pu dire sur les relations qui existent entre la gibbosité et l'abcès. Ce n'est pas le mal vertébral qui produit l'abcès, c'est l'abcès qui produit la déviation de l'épine.

Les successeurs de M. A. Séverin, y compris Wedel et Platner, dont les dissertations ne méritent pas la réputation qu'on leur a faite, acceptèrent et propagèrent les mêmes erreurs. Lorsqu'ils parlaient des abcès par congestion, ils annonçaient que le foyer purulent reposait quelquefois sur un os malade, mais pour eux l'altération de l'os était l'effet et non la cause de l'abcès. Il faut venir jusqu'à Pott pour trouver enfin une timide protestation contre cette doctrine.

Pott, ainsi que MM. Giraldès et Bouvier vous l'ont dit, a consacré trois propositions à la question, très-secondaire pour lui, des abcès par congestion. Je ne les reproduirai pas ; mais je vous rappellerai que, suivant lui, les abcès se montrent seulement dans la carie sans courbure qui, suivant lui encore, a pour siége presque exclusif les vertèbres lombaires. Après avoir indiqué le trajet de ces abcès, il ajoute, prop. 17 : « Contrairement à l'opinion générale, la carie de l'épine est plus souvent la cause que l'effet de ces abcès. » Cette déclaration, vous le voyez, est très-insuffisante, puisque l'auteur semble admettre que la carie est quelquefois l'effet des abcès par congestion; mais en appelant l'attention des observateurs sur ce sujet, en replaçant la question sur son véritable terrain, Pott a rendu à la science un véritable service.

Reviendrai-je sur les autres parties des travaux du chirurgien anglais? Reprendrai-je la discussion que vous avez déjà entendue, et les textes que je vous ai déjà cités? Cela ne me semble pas nécessaire. Les deux ou trois phrases que mes honorables contradicteurs ont invoquées prouvent que Pott connaissait les abcès vertébraux, mais elles prouvent aussi qu'il n'en a parlé que d'une manière incidente. Son attention s'est presque exclusivement concentrée sur une affection dont le premier symptôme est la paralysie, dont le second symptôme est la gibbosité, dont le siége est presque toujours dans la région dorsale ou dans la région cervicale, presque jamais dans la région lombaire; affection qui détruit ordinairement plusieurs vertèbres superposées, et qui cependant, lorsqu'on la traite à temps par les cautères, guérit presque constamment. Je n'ai pas à examiner ici si Pott se faisait ou non illusion sur l'efficacité du traitement qu'il avait adopté, s'il avait raison de laisser ainsi les abcès dans l'ombre à propos d'une maladie qui évidemment en est souvent accompagnée. La seule chose que j'aie voulu dire, c'est que l'affection à laquelle Pott a attaché son nom, celle dont il a exposé les symptômes et régularisé le traitement, diffère de celle qu'on a décrite après lui comme la cause ordinaire des abcès par congestion.

Nous ne pouvons avoir la prétention de mieux comprendre la signification des travaux de Pott, que ne l'ont connue ses contemporains et ses élèves.

Ouvrons donc un ouvrage classique publié en Angleterre à la fin du dernier siècle, le *Traité de chirurgie* de Benj. Bell; nous y trouvons, dans le cinquième volume, chap. XXVIII, art. 8, un article intéressant et assez long sur les abcès par congestion de la région lombaire et de la région iléo-fémorale. Le nom de Pott ne s'y trouve pas même prononcé, la gibbosité ne s'y trouve pas même indiquée. Mais plus loin, dans le sixième volume, chapitre XI, le même auteur s'occupe des courbures de l'épine; c'est là seulement qu'il étudie la maladie décrite par Pott, et il cite les travaux de ce chirurgien sans dire un seul mot qui puisse de près ou de loin se rapporter aux abcès. Lorsqu'on compare ce chapitre avec l'autre, on est obligé de reconnaître que Benj. Bell n'a pas établi la moindre connexité entre les deux maladies qu'il y a décrites. Aujourd'hui qu'on connaît l'étroite liaison qui existe entre la gibbosité et les abcès par congestion, on analyse habilement le second mémoire de Pott pour en faire sortir une doctrine qui n'y est pas, ou qui y est si bien cachée, que les contemporains et les successeurs de ce chirurgien n'ont pu l'y apercevoir. Quant à moi, plus je relis ce mé-

moire, plus je pèse la valeur des trois phrases que l'on m'oppose, et plus je demeure convaincu que Pott n'a décrit qu'une des deux grandes formes du mal vertébral ; s'il a mentionné en passant les abcès, c'est pour dire qu'ils dépendent seulement de la carie sans courbure, affection différente de la première par son siége et par ses symptômes. Je ne lui reproche que d'avoir méconnu les abcès symptomatiques du mal vertébral avec paralysie et gibbosité, et d'avoir ainsi singulièrement allégé le pronostic de cette affection.

Mais pour qu'il ait pu commettre une semblable erreur, il faut de toute nécessité qu'il ait vu beaucoup de malades guérir sans suppuration. C'est en vain que M. Bouvier s'est efforcé d'atténuer l'importance de ces cures, en disant que Pott n'avait en vue que la paralysie, et que sous le nom de guérison il désignait simplement le retour de la motilité. Il semble que Pott ait prévu cette objection, puisqu'il l'a réfutée d'avance dans les termes les plus catégoriques. « Les malades que j'ai » vus au début, a-t-il dit, ont *tous* guéri, que! que fût leur âge ; ils ont » non-seulement recouvré l'usage de leurs jambes, mais encore *ils sont* » *devenus robustes et propres à tout genre de travail.* » (Edition Earle, tome III, p. 254-255.) Refuser à de pareils résultats le nom de guérison, c'est se montrer bien difficile.

Les résultats que je viens d'examiner prouvent suffisamment, je pense, que jusque vers la fin du dix-huitième siècle les deux principales formes du mal vertébral, grâce à la différence de leurs symptômes, avaient été décrites comme des affections entièrement différentes, et que la très-grande majorité des auteurs n'avaient pas même soupçonné qu'elles eussent l'une avec l'autre le moindre point de contact. Cette disjonction était trop exagérée, trop contraire à la nature, pour résister au contrôle de l'observation ; et les successeurs de Pott, revenant à la doctrine d'Hippocrate, n'hésitèrent pas à rapprocher la maladie qui produit les gibbosités anguleuses de celle qui produit les abcès par congestion. Il est même surprenant que ce rapprochement n'ait pas immédiatement abouti à une fusion complète, car l'anatomie pathologique, encore au berceau, n'avait pas encore établi de ligne de démarcation entre les lésions de la carie et celles des tubercules osseux. On croyait donc que toutes les formes du mal vertébral étaient dues à la carie, et qu'elles étaient semblables à la fois par leur siége et par leur nature. Cette illusion anatomique devait naturellement conduire à admettre l'unité du mal vertébral ; mais telle était pourtant la différence des symptômes, que les cliniciens résistèrent à la fusion. Laissons parler Boyer, dont les travaux ont jeté un si grand jour sur toutes les

questions qui se rattachent à notre sujet. L'article intitulé *De la carie des vertèbres* débute de la manière suivante :

« Cette maladie offre deux variétés bien remarquables par la diffé-
» rence de leurs effets, et *peut-être de leur nature*. Dans l'une, la carie
» est superficielle ; elle paraît n'attaquer que la périphérie du corps
» d'une ou plusieurs vertèbres, le reste de cette même partie de l'os
» ayant conservé sa résistance et sa forme naturelle. Dans l'autre, la
» totalité du corps d'une ou de plusieurs vertèbres est d'abord ramol-
» lie, gonflée ; le changement de consistance de cette partie de l'os la
» rend incapable de supporter le poids des parties situées au-dessus ;
» il se fait un affaissement, l'épine se déforme ; il survient une cour-
» bure angulaire de la colonne vertébrale en devant, une gibbosité en
» arrière, et la moelle épinière gênée, n'exerçant plus la même in-
» fluence sur les parties situées au-dessous du point affecté, celles-ci
» sont frappées de faiblesse, et quelquefois même de paralysie. Cette
» dernière est connue aujourd'hui sous le nom de *mal vertébral de*
» *Pott*, du nom de cet auteur anglais qui le premier en a donné une
» description fort exacte sous le nom d'*espèce particulière de paralysie*
» *des extrémités inférieures*. Dans le premier cas, et *quelquefois dans*
» *le second*, la matière purulente qui se forme autour de la partie af-
» fectée fuse dans le tissu cellulaire, et va former au loin ces collec-
» tions purulentes que nous avons déjà décrites sous le nom d'*abcès*
» *par congestion*. » (Boyer, *Maladies chirurgicales*, t. III, p. 490;
4[re] édition.)

Boyer complète ce parallèle en disant un peu plus loin que la carie profonde affecte communément les sujets jeunes et scrofuleux ; qu'elle est encore assez fréquente chez les adolescents adonnés à la masturbation ; qu'elle est rare chez les adultes et les vieillards ; que la carie superficielle, au contraire, s'observe le plus souvent chez les adultes, et est due le plus habituellement à une cause rhumatismale. Pour la description clinique de la carie superficielle, il renvoie au chapitre des abcès par congestion, où il présente le pronostic comme à peu près constamment mortel. Puis il concentre son attention sur la carie profonde, dont la gravité est beaucoup moindre. « Nous pouvons assurer,
» dit-il en parlant des cautères, que ce moyen n'a jamais trompé nos
» espérances toutes les fois que le cas était de nature à en permettre,
» et qu'il a été possible de l'employer avant que la suppuration fût
» survenue. » (P. 500.) Ainsi, retranchez de cet article remarquable le titre commun de *carie des vertebres*, et la séparation des deux formes du mal vertébral sera complète.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer combien la double description de Boyer s'accorde avec le parallèle que j'ai tracé plus haut entre la carie vertébrale, qu'il appelle *carie superficielle*, et les tubercules, qu'il appelle *carie profonde*.

Cette distinction, que Boyer établissait malgré l'anatomie pathologique, devait bientôt être confirmée par l'anatomie pathologique elle-même. Les tubercules osseux, déjà vaguement indiqués par Hippocrate, par Galien, admis sans preuve par la plupart de leurs commentateurs, reconnus par Marc-Aurèle Séverin et par Platner, puis oubliés par leurs successeurs, furent enfin retrouvés et étudiés par Delpech, qui les distingua nettement de la carie. Dans son *Traité des maladies réputées chirurgicales* (Paris, 1819, in-8°, t. III, p. 629-652), cet auteur les décrivit très-exactement sous le nom de *tubercules scrofuleux*, et c'est à cette altération spéciale qu'il crut devoir rapporter le mal vertébral de Pott (p. 629).

Pour Delpech, la carie vertébrale et le mal vertébral tuberculeux sont deux affections absolument distinctes, non-seulement par leurs lésions, mais surtout par leurs symptômes. Il les décrit longuement dans deux chapitres séparés, dont je ne saurais trop recommander la lecture à mes honorables contradicteurs. Ils reconnaîtront sans peine que la carie vertébrale de Delpech correspond exactement à la carie superficielle de Boyer, et que la carie profonde de celui-ci se confond avec les tubercules vertébraux de celui-là.

Plus tard, dans son *Traité d'orthomorphie*, Delpech profitant, sans les citer, des recherches de Brodie, admit une troisième espèce de mal vertébral, bien distincte des deux autres et constituée par une altération primitive des disques intervertébraux (*Orthomorphie*, t. I, p. 200-217, Paris, 1828, in-8°). C'est ce qu'on appelle aujourd'hui l'*arthrite vertébrale*. Je ne crois pas nécessaire de rapporter ce qu'il a dit sur cette dernière affection. Mon but, dans ce travail, n'est pas de traiter à fond l'histoire de toutes les maladies osseuses ou articulaires qui peuvent intéresser la continuité de la colonne rachidienne. Je me propose seulement de réfuter la doctrine de ceux de mes collègues qui ont proclamé ici l'unité du mal vertébral. Si je me suis attaché seulement à établir un parallèle entre les deux formes les plus connues, ce n'est pas que je rejette ou que je dédaigne les autres. Je les admets, au contraire, et je les considère même comme fort dignes de la plus sérieuse attention. Mais il importe peu, pour la thèse que je défends, qu'il y ait deux maladies vertébrales ou qu'il y en ait davantage. Il me suffit de démontrer qu'il y en a plus d'une.

Or j'interroge l'anatomie pathologique ; elle me répond que la dénomination commune de mal vertébral embrasse plusieurs affections dont les lésions sont très-différentes, et parmi ces affections je rencontre en première ligne la carie et les tubercules vertébraux.

Transportant alors la question sur le terrain de l'observation clinique, je trouve au moins deux formes qui se distinguent l'une de l'autre par leur fréquence relative aux divers âges, par leur siége de prédilection, par leur début et par leur marche, par leurs symptômes et par leurs complications, enfin par leur pronostic.

Puis, confrontant les résultats de la clinique avec ceux de l'anatomie pathologique, je constate que chacune de ces deux formes correspond à une lésion spéciale.

Enfin, craignant d'avoir obéi à une idée préconçue, d'avoir à mon insu étudié les symptômes avec un esprit prévenu par la connaissance des lésions, j'ouvre l'histoire de la chirurgie, je consulte les auteurs qui ont écrit sur la matière avant le parallèle que les anatomo-pathologistes modernes ont établi entre la carie et les tubercules, et je vois que tous, depuis Hippocrate, qui ne connaissait que les tubercules, jusqu'à Boyer, qui ne connaissait que la carie, ont pressenti, formulé ou même exagéré la distinction, purement clinique pour eux, que Delpech a consacrée en montrant qu'elle coïncide avec les résultats de l'anatomie pathologique.

Je me crois donc autorisé à dire que la doctrine de l'unité du mal vertébral est fausse en théorie et en pratique, qu'elle est démentie par les faits cliniques aussi bien que par les recherches cadavériques, et que l'histoire de l'art dépose contre elle autant que l'observation.

Séance du 21 avril 1858.

Présidence de M. Bouvier.

Rupture du tendon rotulien. — Absence totale de réunion. — Nouvel appareil prothétique pour remédier à cette infirmité. — M. Broca présente un homme de soixante-deux ans qui tomba en courant le 8 août 1857, et qui ne put se relever. On le transporta à la Charité dans le service de M. Velpeau, où il garda le lit pendant quarante jours. Il est probable, d'après ce qu'il raconte, qu'il a eu pen-

dant tout ce temps le membre inférieur en extension dans un appareil inamovible. Au bout de quarante jours, il commença à se lever avec des béquilles ; mais son état depuis lors n'a plus changé.

Aujourd'hui il est facile de constater qu'il y a eu rupture du tendon rotulien immédiatement au-dessus de la rotule, et que cette lésion n'a été suivie d'aucune réunion. La rotule, notablement abaissée par suite de la rétraction du ligament qui l'attache au tibia, est de plus un peu renversée en avant, de telle sorte que, lorsque le membre est dans l'extension, on peut aisément déprimer la peau en cul-de-sac entre cet os et le fémur, et faire pénétrer les quatre doigts jusque sous les condyles fémoraux. Le blessé, grâce aux fibres du triceps qui s'insèrent sur les côtés de la rotule, peut arriver à placer sa jambe dans l'extension ; ce mouvement est très-faible et tout à fait insuffisant pour assurer le mécanisme de la marche. Cet homme ne peut marcher qu'à reculons ; en s'aidant d'une canne il peut faire lentement quelques pas en avant, mais il chancelle tellement que depuis sa sortie de l'hôpital il n'a pu marcher qu'avec des béquilles.

Pour remédier à cette fâcheuse infirmité, on aurait pu immobiliser le membre dans l'extension au moyen d'une attelle postérieure ; c'est ce qu'on a fait jusqu'ici dans les cas analogues ; mais les malades se trouvent alors dans les mêmes conditions que si leur genou était ankylosé, et c'est une infirmité moindre qu'on substitue à une infirmité plus grande. Dans le cas actuel, cela aurait eu un inconvénient sérieux, puisque le blessé exerce la profession de cocher, et que, pour pouvoir monter sur sa voiture, il a besoin de fléchir l'articulation du genou.

M. Broca a donc fait construire par M. Charrière fils un appareil prothétique destiné à assurer la solidité du membre en conservant la flexion du genou. Deux tiges d'acier, brisées au niveau de l'articulation fémoro-tibiale, et unies l'une à l'autre par deux demi-cercles métalliques, sont fixées haut et bas sur la cuisse et sur la jambe. La brisure est disposée de telle sorte que l'extension ne peut aller au delà de la ligne droite, et que la flexion s'arrête à un angle de 135°, sans pouvoir jamais dépasser cette limite. La contraction des muscles postérieurs de la cuisse opère le mouvement de flexion. Pour obtenir l'extension, il a fallu placer au-devant des tiges brisées une force capable de remplacer l'action des muscles antérieurs de la cuisse. Deux gros cordons de caoutchouc vulcanisé, longs chacun de 20 centimètres, ont donc été fixés à la partie antérieure et inférieure des deux tiges d'acier. L'extrémité supérieure de chacun de ces cordons donne insertion à une grosse corde à boyau qui traverse deux anneaux situés sur les côtés de la

rotule, et qui va se fixer sur la partie fémorale de la tige correspondante. L'action des muscles rotuliens se trouve ainsi remplacée par celle de deux muscles artificiels, à direction ascendante, dont les parties charnues sont représentées par les masses de caoutchouc vulcanisé, et dont les tendons sont représentés par les cordes à boyau. Grâce à ce mécanisme, le blessé peut à volonté étendre ou fléchir la jambe ; il la fléchit en contractant les muscles postérieurs de la cuisse, ce qui ne peut avoir lieu sans distendre les muscles de caoutchouc. Lorsqu'il veut étendre la jambe, il lui suffit de ne plus contracter les muscles fléchisseurs, et aussitôt le caoutchouc, revenant sur lui-même, place le membre dans l'extension. Ainsi ces muscles artificiels obéissent indirectement, avec toute la précision désirable et avec une force suffisante, à l'influence de la volonté. La marche est devenue facile ; le blessé peut aisément monter un escalier, et il pourra reprendre sa profession de cocher.

Toutefois, si cet homme voulait porter un fardeau un peu lourd, il est probable que l'élasticité du caoutchouc ne suffirait plus dans la marche pour maintenir le corps en équilibre. Un verrou, permettant d'immobiliser le genou dans l'extension, remédie à cet inconvénient. Lorsque le blessé voudra porter un fardeau pesant, il poussera le verrou, sacrifiant pour un instant la mobilité à la solidité.

M. Broca a fait quelques recherches pour savoir si quelque appareil analogue avait été employé jusqu'ici dans des cas de ce genre. Tous les auteurs qu'il a pu lire conseillent simplement d'immobiliser le genou au moyen d'une attelle postérieure. M. Malgaigne, qu'il a consulté, s'est également prononcé pour l'attelle postérieure, craignant que le jour où le ressort viendrait à se casser le blessé ne fît sur son genou fléchi une chute fort dangereuse. On a vu en effet de semblables chutes produire la rupture de la peau au-dessus de la rotule et l'ouverture de l'articulation du genou. C'est pour empêcher cet accident que M. Broca a fait placer dans la brisure des tiges articulées un point d'arrêt insurmontable. Si par malheur les deux muscles artificiels venaient à se rompre à la fois, ce qui n'est guère probable, le blessé tomberait sans doute, mais il tomberait sur le côté; son genou ne pourrait jamais se fléchir au delà de 135°, et cette chute n'aurait pas plus de gravité que les chutes ordinaires.

M. MOREL-LAVALLÉE approuve le principe sur lequel repose l'appareil de M. Broca, mais il pense qu'on pourrait en perfectionner l'application. Des ressorts à boudin entourés d'une gaîne imperméable lui paraissent préférables au caoutchouc vulcanisé, dont l'élasticité varie

suivant la température. Il trouve, en outre, qu'en plaçant les deux muscles artificiels sur les côtés du membre, et en les faisant insérer directement sur les tiges, on leur enlève une partie de leur efficacité, parce que leurs tendons agissent trop obliquement sur les leviers qu'ils doivent mouvoir. Il vaudrait mieux n'employer qu'un seul ressort élastique plus fort, le placer sur la ligne médiane du membre, et le faire passer au-devant de la rotule. Le ressort se fixerait haut et bas sur deux demi-cercles métalliques étendus transversalement d'une tige à l'autre.

M. LARREY pense que si, pendant le traitement, le membre avait été mis en élévation sur un plan incliné au lieu d'être laissé dans la position horizontale, les deux bouts du tendon rompu se seraient probablement réunis. Il a vu trois cas où la réunion a été ainsi obtenue. Il cite en particulier un malade auprès duquel il a été appelé par MM. Debrou et Vallet, d'Orléans, et qui au bout de cinq à six mois a pu marcher sans difficulté.

M. RICHARD rappelle que deux opinions ont été émises sur le traitement des ruptures du tendon rotulien et des fractures transversales de la rotule. Ces deux opinions sont représentées aujourd'hui par MM. Velpeau et Malgaigne. M. Velpeau, craignant surtout l'ankylose, ne cherche pas à obtenir une coaptation exacte, et s'inquiète peu du degré d'écartement des fragments. M. Malgaigne, au contraire, cherche avant tout à diminuer l'écartement, afin d'éviter les inconvénients qui résultent d'un cal fibreux trop long. Le malade présenté par M. Broca, et chez lequel la réunion a entièrement fait défaut, plaide en faveur de la thèse de M. Malgaigne.

M. DESORMEAUX, envisageant comme M. Richard la question dans sa généralité, pense qu'il est bon de placer le membre dans l'extension et dans l'élévation, afin d'obtenir le cal fibreux le plus court possible; mais il ajoute qu'on a beaucoup exagéré les inconvénients du cal fibreux. Il cite à ce propos un batelier qui fut traité à l'hôpital Necker pour une fracture transversale de la rotule, et qui sortit au bout de quelque temps avec un cal fibreux long de 2 centimètres environ. Malgré la longueur de ce cal, l'homme marchait très-bien, il pouvait courir et sauter. Il lui arriva même, un an après son premier accident, de se fracturer de nouveau la rotule en sautant d'un bateau sur un autre. Cette nouvelle fracture avait lieu, non au niveau du cal fibreux, mais plus haut, à environ un centimètre au-dessus de la première.

Relativement à l'appareil prothétique présenté par M. Broca, M. Desormeaux a deux remarques à faire. Il pense, contrairement à l'objec-

tion faite tout à l'heure par M. Morel-Lavallée, que le caoutchouc est préférable aux ressorts à boudin, parce qu'on peut s'en procurer partout, et que le blessé pourra lui-même réparer son appareil. Mais il lui semble qu'il vaudrait mieux donner moins d'étendue au mouvement de flexion; on aurait un peu moins de mobilité sans doute, mais beaucoup plus de solidité.

M. BROCA répond que les deux leviers articulés ne peuvent former un angle de moins de 135°, ce qui réduit à 45° l'amplitude des mouvements de la jambe. On ne pourrait restreindre davantage le mouvement de flexion sans perdre la plupart des avantages de l'appareil. M. Broca répond ensuite à M. Morel-Lavallée qu'il sera facile d'employer les ressorts à boudin, si les caoutchoucs se montrent insuffisants; que sa première idée avait été de confier l'extension de la jambe à un seul ressort élastique, unique et médian, comme le propose M. Morel-Lavallée; mais que ce plan ayant paru difficile à exécuter, M. Charrière a trouvé plus commode de répartir la force extensive entre deux ressorts latéraux; ce mécanisme est plus simple que l'autre, et quoiqu'une partie de la force soit perdue, l'extension se fait encore avec une énergie bien suffisante.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Leplé, des Grandes-Ventes (Seine-Inférieure), adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, un travail sur *le traitement de la fistule anale par ablation.* (Commissaires, MM. Giraldès, Boinet, Richard.)

— M. LARREY présente de la part de M. le docteur Morin, aide-major au 26e de ligne, une brochure intitulée : *De la nécessité de la création d'un vaste établissement de bains de mer à l'usage de l'armée.* Ce travail, ajoute M. Larrey, est l'exposé sommaire d'une question pleine d'intérêt et d'avenir pour l'hygiène militaire, dont on ne saurait trop encourager l'étude.

ÉLECTION.

M. LE PRÉSIDENT rappelle qu'une place de membre titulaire est déclarée vacante depuis près de deux ans, et qu'il importe de procéder à cette élection le plus tôt possible. Après une courte discussion, la commission nommée en 1856, et composée de MM. Danyau, Monod et Michon, est invitée à faire incessamment la présentation d'une liste de candidats.

M. CHASSAIGNAC demande à cette occasion qu'on remette en vigueur les articles du règlement relatifs aux rapports en retard.

LECTURE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit un travail de M. Soulé, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, membre correspondant, sur un cas de ligature de l'artère sous-clavière, pratiquée avec succès pour une hémorrhagie traumatique de l'aisselle.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Infection purulente survenue plusieurs jours après la cicatrisation d'une plaie d'amputation. — **M. LABORIE** montre le fémur d'un amputé qui est mort dans son service à l'Asile de Vincennes, et qui a présenté tous les symptômes les plus caractéristiques de l'infection purulente, quoique la plaie fût entièrement cicatrisée. On n'a pas pu faire l'ouverture de la poitrine. L'extrémité inférieure du fémur est le siége d'une nécrose en voie d'élimination; du reste, la moelle est saine, et les chairs du moignon sont dans le plus bel état.

M. DEGUISE fils annonce que c'est lui qui a pratiqué l'amputation, et qu'il a déjà parlé de ce malade à la Société dans la séance du 10 mars 1858. C'était un homme qui, à la suite d'une fracture en V du tibia, avait eu des fusées purulentes et des accidents graves; M. Deguise avait été obligé de pratiquer l'amputation de la cuisse. La cicatrisation s'effectua régulièrement, promptement et complétement. On crut pouvoir alors évacuer l'opéré sur l'Asile de Vincennes. Mais une nouvelle fâcheuse, qui lui fut annoncée la veille de son départ, lui donna un frisson et de la fièvre. Malgré cela la religieuse du service crut pouvoir faire effectuer le passage à Vincennes, où les accidents s'aggravèrent et où le malheureux succomba.

M. CHASSAIGNAC pense qu'il ne faut pas se hâter de renvoyer les amputés, et qu'il est bon de les garder à l'hôpital quelque temps après la guérison.

M. LABORIE répond qu'il vaut bien mieux, au contraire, envoyer les amputés à Vincennes, où ils respirent un air bien meilleur que dans les hôpitaux de Paris. Il pense même que ce renvoi devrait s'effectuer plus tôt qu'on n'a l'habitude de le faire, parce que les trajets fistuleux, dont la cicatrisation se fait attendre si longtemps dans les hôpitaux, se referment beaucoup mieux lorsque les malades arrivent à l'Asile.

M. LARREY approuve cette opinion, et annonce que les amputés des hôpitaux militaires sont envoyés aux eaux minérales lorsqu'ils con-

servent des fistules dont la guérison se ferait attendre longtemps s'ils restaient dans les services où ils ont été opérés.

Tubercules du cervelet. — M. MARJOLIN montre le cervelet d'un enfant tuberculeux qui n'a présenté pendant la vie aucun accident cérébral. Deux tubercules crus, gros, l'un comme un pois, l'autre comme un haricot, existent au sein de la substance cérébelleuse.

M. DEGUISE fils fait remarquer que l'absence de symptômes est la règle la plus ordinaire dans les cas de tubercules du cervelet.

Enorme épanchement de sang dans le cerveau sans symptômes de paralysie. — Discussion sur la compression cérébrale. — M. ARMAND DESPRÉS, interne des hôpitaux, présente des pièces et lit une observation qui est renvoyée à une commission composée de MM. Monod, Broca et Houel. Voici le résumé de cette observation :

Un enfant de dix ans fit, le 4 avril 1858, une chute sur les pieds; il ne perdit pas l'équilibre, mais il resta étourdi pendant quelques instants, et sentit presque aussitôt une douleur assez vive au pied et à la hanche du côté droit.

Le 9, il éprouva de la céphalalgie et eut un léger frisson, bientôt suivi de fièvre avec délire et agitation. Il se plaignait de souffrir dans la cuisse droite, et un médecin fit appliquer successivement plusieurs vésicatoires sur la face externe de ce membre.

Le 12, l'enfant fut porté à l'hôpital Sainte-Eugénie, et admis dans le service de M. Marjolin. On reconnut l'existence d'un phlegmon au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite; il y avait en outre des symptômes généraux fort graves : 140 pulsations, soubresauts des tendons, dents et lèvres fuligineuses; délire incomplet. Aucune teinte ictérique. M. Marjolin porta aussitôt le pronostic le plus fâcheux, et pensa que l'enfant était atteint soit d'une affection typhoïde à forme cérébrale, soit d'une infection purulente consécutive à l'inflammation de l'articulation du pied.

Le lendemain 13, agitation croissante, mouvements désordonnés, plaintes et cris répétés. Le phlegmon du cou-de-pied est fluctuant. On l'incise, et on trouve que l'abcès communique avec l'articulation tibio-tarsienne.

Les jours suivants, l'état général reste le même.

Le 17, le pouls est misérable, très-fréquent. Sudamina sur le ventre. Quelques taches rosées lenticulaires sur la poitrine. Léger gargouillement dans la fosse iliaque droite. Le soir, le malade tombe dans le coma;

sa respiration devient stertoreuse. Il meurt le 18 au matin, quatorze jours après sa chute.

Il n'y avait eu pendant la vie aucun trouble dans l'émission des urines et des matières fécales, aucune paralysie, aucune déviation des traits; la pupille avait conservé jusqu'au dernier moment sa contractilité; les membres n'avaient présenté aucune contracture, pas même pendant l'agonie.

A l'autopsie, on a trouvé dans l'intestin grêle quelques follicules isolés plus saillants qu'à l'état normal, et quelques ganglions mésentériques un peu congestionnés. La rate et le foie sont sains. Les deux poumons sont congestionnés; le cœur ne renferme pas de caillots. La lésion du membre inférieur droit se réduit à un simple abcès phlegmoneux communiquant avec l'articulation tibio-tarsienne. On passe alors à l'examen de la boîte crânienne.

Les téguments du crâne ne sont nulle part ecchymosés; les os du crâne sont intacts, ainsi que la dure-mère, qui paraît seulement très-distendue. La cavité de l'arachnoïde n'est le siége d'aucun épanchement; mais il existe une suffusion sanguine sous l'arachnoïde cérébrale, à la face convexe du lobe postérieur de l'hémisphère cérébral gauche. En ouvrant les ventricules, on trouve à la partie postérieure de l'étage supérieur du ventricule gauche un caillot sanguin, mou, noirâtre, à peu près sphérique, gros comme un œuf de poule, et présentant en quelques points des traces de décomposition. Ce caillot se prolonge dans l'épaisseur de l'hémisphère correspondant; en haut, il n'est séparé de la surface extérieure du cerveau que par une mince couche de substance cérébrale. Il repose sur la partie postérieure du corps strié et sur la couche optique; les couches les plus superficielles de ces deux organes sont ramollies; la partie correspondante du corps calleux, le pilier postérieur gauche de la voûte sont également ramollis, et de plus on trouve au-dessus du caillot, dans l'épaisseur de l'hémisphère, deux petits foyers purulents de la grosseur d'un pois. Toutes les parties qui entourent le caillot offrent une coloration jaunâtre analogue à celle qui se manifeste autour de certains foyers apoplectiques. En plusieurs points, le caillot adhère fortement à la substance cérébrale, avec laquelle il semble se fusionner. La veine du corps strié est détruite; les plexus choroïdes sont intacts.

Indépendamment de ce caillot principal, qui paraît s'être produit au moment de l'accident, on trouve dans le même ventricule un autre caillot plus rouge et qui paraît moins ancien. Il ne remplit pas toute la cavité ventriculaire, mais il en occupe toute la longueur, et se continue

en avant à travers le trou de Monro avec un autre caillot semblable qui occupe le ventricule moyen, et qui sans la moindre interruption se prolonge, d'une part, dans le ventricule droit du cerveau à travers le trou de Monro du côté droit; d'autre part, dans le ventricule cérébelleux à travers l'aqueduc de Sylvius. La paroi postérieure de ce dernier ventricule est distendue par le caillot, qui s'arrête au trou de Magendie.

Au reste, les parois ventriculaires sont parfaitement saines auteur du caillot dont on vient de décrire le trajet. On ne trouve dans la substance encéphalique d'autres lésions que celles qui existent autour du gros caillot sphérique du ventricule gauche.

DISCUSSION.

M. MARJOLIN revient sur les particularités les plus remarquables de cette observation, qui a été recueillie dans son service, et insiste sur les difficultés presque insurmontables du diagnostic, et sur l'absence totale de paralysie, qui ne permettait guère de soupçonner l'existence d'un aussi vaste foyer de sang dans le cerveau.

M. CLOQUET trouve ce fait en contradiction avec tout ce qu'il a vu jusqu'ici, et se demande si l'hémorrhagie ventriculaire ne se serait pas faite progressivement pendant les quatorze jours qui se sont écoulés depuis l'accident jusqu'à la mort du malade.

M. CHASSAIGNAC partage l'étonnement de M. Cloquet, et ne peut admettre que l'épanchement de sang ait été immédiat. On a vu des tumeurs lentement développées dans le crâne atteindre un volume considérable, et comprimer la substance cérébrale sans produire de paralysie. Mais lorsqu'un épanchement énorme comme celui-ci survient tout à coup dans les parties centrales de l'encéphale, les phénomènes dits de compression ne peuvent pas faire défaut. D'ailleurs, si l'hémorrhagie eût été instantanée, il est fort probable que l'enfant n'eût pas survécu aussi longtemps. M. Chassaignac pense donc que l'extravasation du sang a dû se faire pendant les derniers jours de la vie, d'une manière lente et progressive. Le petit malade a présenté quelques symptômes d'infection purulente, et l'on sait que dans cette affection, qui altère profondément le sang, des hémorrhagies se produisent quelquefois peu de temps avant la mort.

M. MARJOLIN rappelle qu'on trouve autour du caillot principal, dans la substance cérébrale, des lésions tout à fait semblables à celles qui existent autour des foyers apoplectiques datant déjà de plusieurs jours.

Il ne peut donc admettre que l'hémorrhagie se soit produite aux approches de la mort.

M. DEGUISE fils est moins surpris que MM. Cloquet et Chassaignac de voir qu'un aussi vaste épanchement n'ait pas déterminé de paralysie ; il pense même que l'hémorrhagie a dû se produire au moment de l'accident. En tout cas, le caillot principal est déjà assez ancien, ainsi que le prouvent les lésions qui existent autour de lui dans la substance cérébrale. La physiologie du cerveau n'est pas assez avancée, assez positive, pour qu'on puisse savoir quelles sont les conditions incompatibles avec la conservation de la motilité. M. Bérard aîné a présenté dans le temps à la Société anatomique un fait bien plus singulier encore que celui de M. Marjolin. Un homme qui avait été atteint par l'explosion d'une mine vécut encore deux jours, malgré l'existence d'une lésion très-étendue et très-profonde de l'encéphale.

Le cerveau proprement dit était presque entièrement détruit ou broyé ; la partie la plus postérieure des lobes postérieurs du cerveau avait seule conservé son intégrité ; et cependant cet homme n'avait pas perdu connaissance, il avait même conservé la mémoire. M. Deguise ajoute qu'il lui est arrivé plusieurs fois de trouver des lésions cérébrales très-profondes et très-étendues, des foyers hémorrhagiques énormes, chez des aliénés qui avaient succombé sans présenter les symptômes de l'apoplexie.

M. CHASSAIGNAC pense qu'il ne faut pas procéder par induction. Il connaît plusieurs faits analogues à ceux que vient de citer M. Deguise ; il en a rassemblé un certain nombre dans sa thèse sur les *plaies de tête*. Il est certain que les lobes cérébraux peuvent être lésés très-profondément sans symptômes de paralysie. Mais dans le fait de M. Marjolin, ce ne sont pas seulement les lobes cérébraux qui ont été atteints. L'épanchement de sang remplit les quatre grands ventricules, et si cet épanchement, qui n'a pas produit de paralysie, était survenu tout à coup au moment de l'accident, la chose serait sans analogue dans la science, et contraire à tout ce qu'on sait sur la physiologie de l'encéphale.

M. LARREY, sans se prononcer d'une manière aussi formelle, est disposé à admettre, avec MM. Chassaignac et Cloquet, que l'épanchement de sang s'est fait graduellement.

M. BROCA pense au contraire, d'après l'inspection de la pièce, que l'hémorrhagie date du premier jour de l'accident, et que l'enfant a succombé à l'encéphalite provoquée par la présence du gros caillot, qui

remplit et distend le ventricule gauche du cerveau. Les symptômes qui ont été observés pendant la vie se rapportent à l'encéphalite. Ce fait est embarrassant pour ceux qui attribuent à la compression pure et simple la paralysie qui accompagne les épanchements cérébraux traumatiques. Mais la doctrine classique de l'Académie de chirurgie sur les plaies de tête est depuis longtemps ébranlée, et des exemples nombreux ont prouvé qu'il n'y a point nécessairement liaison entre la compression cérébrale et les accidents de paralysie qu'on attribue à cette compression.

M. Broca, entre autres exemples, rappelle celui qui a été publié au dix-huitième siècle par Atthalin. Un énorme épanchement de sang, bien plus volumineux encore que celui que montre M. Marjolin, ne produisit absolument aucun symptôme pendant cinquante-quatre jours ; et ce fut alors seulement que les accidents commencèrent. Pour mettre les faits de ce genre d'accord avec la théorie de la compression cérébrale on suppose que l'hémorrhagie s'est produite lentement ; c'est une pure supposition. On invoque de plus la physiologie du cerveau, mais des expériences faites d'abord par M. Serres, puis par MM. Gama et Malgaigne, prouvent qu'on peut injecter dans le crâne des animaux des quantités considérables de sang, sans produire les symptômes attribués à la compression.

M. CHASSAIGNAC soutient que son opinion repose sur l'observation et non sur la théorie. Les expériences sur les animaux peuvent tromper ; mais l'observation ne trompe pas. Elle a établi depuis longtemps que les épanchements sanguins intra-crâniens produisent des accidents de congestion d'autant plus prononcés qu'ils sont situés plus près de la base du cerveau. Tous les jours on diagnostique, d'après les symptômes de paralysie, les épanchements sanguins, et souvent même on peut en préciser le siége.

M. MARJOLIN affirme, au contraire, que des épanchements traumatiques et instantanés peuvent se produire dans le cerveau sans donner lieu aux phénomènes de paralysie. Les lésions les plus profondes et les plus étendues de la substance cérébrale peuvent, pendant plusieurs jours et même pendant plusieurs semaines, exister sans aucun symptôme. M. Marjolin cite à ce propos l'exemple d'un garçon de caisse chez lequel les premiers accidents parurent seulement douze jours après un coup de pistolet qui lui avait détruit les deux lobes antérieurs du cerveau. Ce fait a été recueilli à l'hôpital Beaujon, dans le service de Blandin. En voici un autre que M. Marjolin a recueilli lui-même à l'hôpital de Bon-Secours en 1848. Un homme endormi fut assailli

par un voleur qui lui assena sur le crâne un coup de barre de fer. Cet homme n'éprouva aucun accident pendant un mois entier ; il continua à vaquer à ses affaires; mais au bout de ce temps, des symptômes d'encéphalite se manifestèrent, et le blessé fut conduit à l'hôpital, où il mourut promptement. A l'autopsie, on trouva le côté gauche du cerveau déchiré, ramolli et infiltré de pus. Des fragments osseux et des lambeaux de dure-mère avaient été poussés, au moment de l'accident, jusque dans le ventricule gauche du cerveau, et avaient pu y séjourner pendant un mois sans donner lieu à aucun symptôme. La pièce a été montrée dans le temps à la Société de chirurgie.

MM. CLOQUET et CHASSAIGNAC reconnaissent que ce dernier fait est de nature à dissiper une partie des doutes qu'ils ont émis sur l'interprétation du fait présenté actuellement à la Société.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, P. BROCA.

Séance du 28 *avril* 1858.

Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Hypertrophie congéniale des deux membres droits. — Taches sanguines multiples; varices, etc. — M. CHASSAIGNAC présente un jeune homme, âgé de dix-huit ans, nommé Charles Lemercier, entré dernièrement à l'hôpital Lariboisière pour y être traité d'un abcès ganglionnaire, de cause scrofuleuse, situé sur le côté droit du cou. Ce jeune homme est remarquable par l'extrême inégalité des membres du côté droit et du côté gauche. Les deux membres du côté gauche sont ceux d'un individu de taille ordinaire, ceux du côté droit paraissent appartenir à un géant. Mais les différentes parties de ces deux derniers membres sont loin d'être uniformément hypertrophiées. La main l'est beaucoup plus que le bras et l'avant-bras; sa moitié externe l'est plus que sa moitié interne. Le pouce, l'index et le médius sont relativement beaucoup plus longs et beaucoup plus volumineux que les deux derniers doigts. Au membre inférieur on trouve également que la jambe et la cuisse sont moins hypertrophiées que le pied. Celui-ci est vraiment colossal. Le gros orteil est énorme, mais il est relativement moins développé que les quatre derniers orteils.

Cet homme affirme qu'il a au moins trois fois plus de force dans les membres droits que dans les membres gauches. Des varices considérables existent sur les deux membres hypertrophiés; il n'y en a point sur les deux autres.

On observe en outre, sur les deux membres du côté droit, un très-grand nombre de taches sanguines vineuses, que M. Chassaignac désigne sous le nom de *taches érectiles cuticulaires diffuses*. Les deux membres non hypertrophiés ne présentent rien de semblable, mais on trouve plusieurs de ces taches sur la partie latérale *gauche* du thorax.

Discussion sur le traitement des arthrites douloureuses par le redressement. — M. ROBERT présente un garçon de quinze ans, d'une constitution scrofuleuse, qui, par suite d'une entorse du genou droit, a été atteint d'une arthrite subaiguë de cette articulation. La jambe ne tarda pas à se rétracter, et au bout de trois semaines la rétraction était telle, que le talon était en contact avec l'ischion. Cet état s'accompagnait de douleurs excessives. M. Robert fut alors appelé, et jugea qu'il était indispensable de ramener promptement le membre à une bonne position. Séance tenante il chloroformisa le malade jusqu'au relâchement des muscles, et il redressa la jambe par la seule action des mains. Il ne procéda pas brusquement; l'extension fut faite d'une manière graduelle et ne fut achevée qu'au bout d'environ deux minutes. Autant qu'on en put juger, cette action mécanique ne produisit aucune rupture de ligament. Le membre fut fixé dans l'extension. Les douleurs furent immédiatement abolies. Le jour suivant il survint un peu de gonflement qui céda à l'application de vésicatoires volants. La résolution s'effectua rapidement pendant les premiers temps, mais elle s'arrêta bientôt, et l'articulation resta tuméfiée. Elle l'est encore aujourd'hui, et cet état est stationnaire depuis plusieurs mois. Le genou est ankylosé en ligne droite.

De nouveaux accidents se sont montrés depuis lors sur d'autres points du squelette. La malléole externe du côté gauche est devenue le siége d'une carie qui a produit un abcès froid. De plus il est survenu, il y a trois mois, sur le fémur droit, une arthrite accompagnée d'un gonflement douloureux. Des vésicatoires, appliqués sur la cuisse, ont amélioré l'état de cet os, mais le corps du fémur est encore notablemen tuméfié, comme s'il existait une nécrose profonde.

M. Robert rappelle qu'il y a deux ans la question du redressement des articulations a été discutée dans le sein de la Société. Des doutes ont été émis alors sur l'efficacité et sur l'innocuité de ce moyen. C'est

ce qui a décidé M. Robert à présenter son malade, chez lequel le redressement a eu l'avantage d'éteindre complétement et immédiatement la douleur.

M. VERNEUIL, tout en reconnaissant que le malade n'est pas encore guéri, pense que cet exemple prouve l'excellence du redressement comme moyen destiné à combattre la douleur excessive qui accompagne certaines arthrites. Il a eu recours au même moyen, avec le même résultat, sur une jeune fille qu'il traite actuellement à l'Hôtel-Dieu pour une arthrite du genou gauche datant de cinq ans. Cette arthrite pendant longtemps fut peu douloureuse; mais un jour, sans cause connue, des douleurs extrêmement vives se manifestèrent, et presque aussitôt la rétraction commença.

Lorsque M. Verneuil prit le service de l'Hôtel-Dieu, les douleurs étaient telles que le simple attouchement de la peau était tout à fait intolérable. La malade fut endormie, le genou fut redressé et placé dans une gouttière. Le soulagement fut immédiat. Mais quelques jours après les douleurs revinrent; on reconnut que la gouttière était mal appliquée et que la rétraction s'était en partie reproduite. On plaça alors le membre dans un meilleur appareil, et la douleur disparut de nouveau. Ainsi à deux reprises on a vu chez cette malade la douleur se produire par suite d'une mauvaise position, et se dissiper à la faveur d'une meilleure position.

M. RICHET cite un fait qui diffère notablement de celui de M. Robert, mais qui est relatif aussi au traitement des affections articulaires par la méthode du redressement. Un jeune homme de dix-sept ans, à la suite d'une tumeur blanche du genou, avait conservé une ankylose angulaire avec subluxation du tibia en arrière. M. Marchesseaux et M. Richet, après avoir endormi le malade, pratiquèrent le redressement forcé, remirent le tibia en place et fixèrent le membre dans l'extension. Il ne survint aucun accident; le genou s'ankylosa en ligne droite, et la guérison fut si prompte que quinze jours après l'opération le malade put marcher.

M. VOILLEMIER pense que la méthode du redressement donne des résultats très-différents suivant le siége, la nature et le degré de l'affection articulaire. On ne peut donc établir de préceptes généraux. Laissant de côté la question des ankyloses, M. Voillemier approuve beaucoup le redressement dans le traitement des arthrites du genou. Il cite deux cas récents où cette méthode lui a donné de bons résultats. C'est d'abord un jeune homme de dix-neuf ans atteint d'arthrite douloureuse avec rétraction

du genou; le redressement a fait immédiatement cesser la douleur, et la guérison a eu lieu sans ankylose. Le second cas est celui d'une femme qui est encore aujourd'hui à l'hôpital Lariboisière; elle venait d'un service de médecine où elle était traitée depuis quelque temps pour une arthrite du genou. La jambe s'était rétractée, et la malade éprouvait des douleurs extrêmement vives. Le redressement eut un résultat moins immédiat que dans le cas précédent; mais les douleurs furent notablement atténuées, puis elles diminuèrent graduellement et finirent par disparaître. Aujourd'hui la malade commence à se lever avec des béquilles, mais il est douteux qu'elle guérisse sans ankylose.

Le redressement de la hanche est beaucoup plus difficile à obtenir et beaucoup moins efficace que celui du genou. M. Voillemier y a eu recours deux fois et il n'a pas eu à s'en louer. L'état d'un de ses malades a même été aggravé.

Le redressement des doigts rétractés à la suite d'arthrite a une fois pleinement réussi dans la pratique de M. Robert, puisque le malade a bien guéri, en conservant même le mouvement des doigts. M. Voillemier a eu recours au même traitement dans un cas semblable, mais il a été moins heureux, car le doigt redressé est resté ankylosé en ligne droite, malgré les mouvements qu'on imprimait chaque jour à l'articulation malade.

Un résultat analogue a été obtenu par M. Voillemier chez une femme atteinte de tumeur blanche du coude. Le membre fut ramené à la demi-flexion et fixé pendant trois mois dans une gouttière. L'inflammation disparut et on chercha alors à rétablir les mouvements; mais on ne put éviter l'ankylose.

M. CHASSAIGNAC a été un de ceux qui, il y a deux ans, ont combattu le redressement comme méthode générale, mais il n'a point contesté l'utilité de ramener dans certains cas le membre à une meilleure position. Il y a des douleurs de position, qui dépendent manifestement de l'attitude du membre; et alors, en effet, le redressement réussit très-bien. Si on s'était borné à cette indication, il est probable qu'aucune contestation ne se serait élevée. Mais ce moyen, applicable à quelques cas déterminés, on a voulu en faire une méthode générale dans la thérapeutique des maladies articulaires; c'est de là que sont nées les contestations. M. Chassaignac pense que cette pratique ainsi généralisée est dangereuse; que dans une tumeur blanche accompagnée de lésions graves et profondes, une action violente et brusque peut provoquer des accidents fâcheux, et rendre l'amputation inévitable; que dans les ankyloses angulaires le redressement expose quelquefois à produire des

subluxations ou même des luxations, et il conclut en disant que si l'on veut discuter avec fruit les indications du redressement, il est absolument indispensable d'étudier séparément, dans trois catégories différentes : les arthrites, les tumeurs blanches et les ankyloses.

M. RICHARD approuve cette distinction, et pense qu'il est bon de discuter séparément les indications du traitement pour les trois catégories établies par M. Chassaignac. Mais il rappelle que pour M. Bonnet, l'inventeur de la méthode, le redressement doit être opéré indistinctement dans tous les cas. M. Bonnet va même jusqu'à couper les tendons lorsqu'ils offrent trop de résistance. M. Richard a eu l'occasion d'en causer récemment avec ce chirurgien, dont les convictions sont les mêmes aujourd'hui qu'à l'époque où il publia son *Traité des maladies des articulations.*

M. LARREY a donné des soins à un blessé de Crimée, chez lequel se trouvaient réunies plusieurs des conditions que M. Chassaignac propose d'étudier séparément. Ce militaire avait reçu un coup de feu dans le genou. Il fut admis au Val-de-Grâce il y a deux ans pour les conséquences de cette blessure. Il y avait à la fois chez lui arthrite chronique, rétraction du genou, et ankylose commençante ; en outre, des accidents inflammatoires plus aigus s'étaient superposés récemment à l'inflammation chronique. Le cas était par conséquent aussi compliqué que possible. M. Larrey néanmoins eut recours à la méthode du redressement ; mais il le fit d'une manière graduelle, en cinq séances successives, et à la faveur du chloroforme. A chaque tentative, on entendait craquer les tissus fibreux déchirés par les efforts d'extension. Néanmoins on vit les accidents inflammatoires se calmer à mesure que le redressement s'opérait, et le malade a guéri avec une ankylose en ligne droite. D'après cela, M. Larrey pense que les craintes émises par M. Chassaignac sont exagérées, et que l'existence de lésions articulaires profondes ne doit pas empêcher de recourir au redressement, pourvu qu'on le fasse avec prudence.

M. MARJOLIN avoue que le redressement est un excellent moyen de faire cesser les douleurs. Ce moyen a en outre l'avantage de substituer une meilleure position à une position gênante, et d'atténuer l'infirmité qui pourrait résulter ultérieurement de l'ankylose. Mais il n'est pas convaincu que la position ait autant d'influence qu'on l'a dit sur la guérison des maladies articulaires. Le malade de M. Robert est amélioré sans aucun doute, il a une ankylose rectiligne bien préférable à une ankylose angulaire, mais il est loin d'être guéri ; l'articulation est encore engor-

gée, et le fémur est le siége d'un gonflement fort inquiétant. M. Verneuil, lorsqu'il était chargé du service de chirurgie à l'hôpital Sainte-Eugénie, a redressé le genou d'un enfant atteint de tumeur blanche avec rétraction de la jambe ; l'enfant est encore aujourd'hui dans les salles de M. Marjolin ; il va mieux, il est probable qu'il guérira, mais il n'est pas encore guéri. Si la position avait l'influence curative qu'on lui attribue, on devrait placer les articulations semblables dans une position semblable, et c'est précisément ce qu'on ne fait pas ; car, si on redresse le genou lorsqu'il est fléchi, on fléchit au contraire le coude lorsqu'il est étendu. On n'a donc d'autre but que de substituer à une position gênante une position moins désavantageuse, dans la prévision de l'ankylose.

Dans la première période des tumeurs blanches, dans la période d'acuité des arthrites chroniques, avant que les parties soient profondément altérées, la méthode du redressement est avantageuse. Mais à une époque plus avancée, elle expose à des accidents sérieux, et sous ce rapport M. Marjolin partage l'opinion de M. Chassaignac. Il ajoute, comme M. Voillemier, que le redressement n'est pas également facile dans toutes les articulations. Au coude et au genou, on voit ce que l'on fait, et on peut donner aisément aux os la direction qu'on juge la plus favorable ; mais pour les articulations plus profondes, pour la hanche, par exemple, on agit un peu au hasard, et les résultats du redressement sont moins avantageux.

M. BROCA a été plus satisfait que MM. Voillemier et Marjolin des résultats du redressement de l'articulation coxo-fémorale. Il a cité dans la dernière discussion un fait remarquable tiré de la pratique de Blandin ; depuis lors, il a eu plusieurs fois l'occasion de redresser des membres atteints de coxalgie, et le résultat immédiat a toujours été favorable. Il a entre autres eu recours à ce moyen chez deux jeunes malades de l'hôpital Beaujon, pendant l'absence de M. Robert. Le redressement, pratiqué graduellement en quelques minutes pendant le sommeil anesthésique, a fait promptement disparaître les douleurs, qui dans un cas étaient extrêmement vives. M. Broca ne sait pas ce que sont devenues ces deux jeunes filles, mais elles étaient déjà dans un état d'amélioration notable lorsque M. Robert reprit son service au mois de septembre dernier.

M. ROBERT annonce que l'une de ces jeunes filles est sortie bien guérie de l'hôpital. L'autre a été moins heureuse ; son membre est resté redressé ; mais l'articulation, quoique améliorée, était encore malade lorsque la jeune fille est retournée dans son pays.

M. VERNEUIL rappelle que l'efficacité du redressement de la hanche a été démontrée depuis plusieurs années par M. Behrend, de Berlin, dans une brochure spéciale.

M. VOILLEMIER répond à M. Broca qu'il n'a point rejeté le redressement de l'articulation de la hanche; il a dit seulement qu'il était nécessaire, dans ce cas, d'agir avec bien plus de ménagement que lorsqu'on agit sur une articulation superficielle. Il a, du reste, luimême eu recours plus d'une fois à ce moyen dans la coxalgie. Ce matin encore, il a chloroformisé dans ce but une femme qui avait à la fois la hanche et le genou considérablement rétractés. Le genou a été aisément remis dans l'extension; mais le redressement de la hanche a été beaucoup moins facile et beaucoup moins complet.

Perforation de la voûte palatine. — M. MARJOLIN présente une petite fille âgée de onze ans, dont la voûte palatine est le siége d'une perforation centrale, large comme une pièce de 20 centimes. Cet accident est survenu, il y a environ deux mois, à la suite de l'ouverture spontanée d'une petite tumeur purulente développée sous la membrane palatine. On n'a pu découvrir, soit chez elle, soit chez ses parents, aucun antécédent syphilitique. L'articulation des sons et la déglutition présentent les modifications ordinaires en pareil cas. Toutefois, il se forme de temps en temps dans l'ouverture une accumulation de mucus nasal épaissi, qui joue le rôle d'un obturateur, et l'enfant parle alors sans le moindre nasonnement. M. Marjolin considère cette perforation comme un résultat de la scrofule et non de la syphilis; M. Cullerier, à qui il en a parlé, partage son opinion, mais considère ce fait comme très-rare.

M. CHASSAIGNAC a vu plusieurs fois des perforations de la voûte palatine produites par la scrofule, sans aucune influence syphilitique. Mais l'appréciation de ces cas est difficile, à cause des obstacles qu'on rencontre toutes les fois qu'il s'agit de retrouver la syphilis héréditaire. M. Chassaignac connaît une dame qui a six enfants, dont quatre ont eu sur les os du nez des accidents tout à fait semblables à ceux que produit la vérole, et il est bien convaincu que l'un des parents doit être atteint de syphilis, quoiqu'il n'ait pu en obtenir l'aveu.

M. MOREL-LAVALLÉE a vu plusieurs fois chez des adultes exempts d'antécédents syphilitiques des perforations spontanées de la voûte palatine et du voile du palais, et il pense que la scrofule est aussi souvent que la vérole la cause de ces perforations. Les cas de ce genre sont assez communs à l'hôpital de Lourcine, et M. Morel-Lavallée en a

profité pour faire des observations sur les modifications que présente alors la prononciation des diverses consonnes ; mais il a rencontré de grandes variétés, et il n'est pas encore suffisamment fixé sur ce point de physiologie. Le phénomène de l'obturation naturelle et passagère par le mucus nasal concrété s'est présenté à lui plusieurs fois. Comme sur la petite fille de M. Marjolin, la voix redevenait naturelle pendant quelques heures par suite de cette obturation.

M. GUERSANT a remarqué, à l'hôpital des Enfants, que les caries et les nécroses de la voûte palatine, des mâchoires, des os du nez, et en général de tous les os de la face, se montrent souvent chez les scrofuleux, sans aucune intervention appréciable de la syphilis.

CORRESPONDANCE.

M. FLEURY, membre correspondant de la Société, à Clermont (Puy-de-Dôme), adresse un mémoire sur la *ponction de la vessie.* M. le secrétaire général en donnera lecture dans une prochaine séance.

La Société reçoit les ouvrages suivants :

Etudes sur la nature et le traitement des fièvres puerpérales, par M. le docteur Matteï.

Essai sur un nouveau genre de tumeurs de la voûte du crâne, formées par du sang en communication avec la circulation veineuse intra-crânienne ; par M. le docteur Emile Dupont.

RAPPORT.

M. GIRALDÈS lit un rapport sur un travail de M. Rufz, candidat au titre de membre titulaire. Ce travail est intitulé *Des corps fibreux de l'utérus et de leur excision.* La commission, composée de MM. Huguier, Larrey et Giraldès, propose :

1° D'inscrire le nom de M. Rufz sur la liste des candidats au titre de membre titulaire ;

2° De déposer le mémoire de M. Rufz dans les archives de la Société.

Ces conclusions sont adoptées.

La Société décide, en outre, que le rapport de M. Giraldès sera inséré dans les *Bulletins.*

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Kystes multiples de la paroi abdominale. — M. DEGUISE fils présente une tumeur de la paroi abdominale dont il a pratiqué l'ablation.

Le malade est un jeune paysan âgé de dix-huit ans. La tumeur était

située dans le tissu cellulaire sous-cutané, à la partie inférieure et latérale de la paroi antérieure du ventre. Elle était déjà fort ancienne, et avait lentement acquis un volume supérieur à celui du poing. Elle présentait exactement la consistance, l'indolence et la marche des tumeurs graisseuses; M. Deguise a donc diagnostiqué un lipome. Mais il s'est aperçu pendant l'opération que cette tumeur est formée par l'accumulation d'un très-grand nombre de petits kystes. Quelques-uns sont gros comme des noisettes, d'autres comme des pois, et il y en a des myriades qui sont aussi petits que des œufs de poisson. Par sa face profonde, cette tumeur adhérait très-intimement au muscle grand oblique, que M. Deguise a été obligé d'entamer. Une coupe longitudinale permet de reconnaître que les kystes sont séparés par un tissu très-résistant, qui présente en certains points une notable épaisseur. Quelques-uns renferment un liquide presque séreux, d'autres une substance d'apparence colloïde; ailleurs une matière rouge qui peut faire croire à des épanchements sanguins; ailleurs une substance jaunâtre qui ressemble à du pus.

M. CHASSAIGNAC pense que les kystes ne sont qu'une lésion secondaire, et que la tumeur est de nature cancéreuse.

M. VELPEAU est disposé à croire, au contraire, que la tumeur est de nature bénigne.

L'examen microscopique de cette pièce est confié à M. Houel.

(Dans la séance suivante M. Houel a communiqué le résultat de ses observations microscopiques. Le tissu interposé entre les kystes se compose d'éléments fibreux et d'éléments fibro-plastiques, mais on ne trouve nulle part les éléments du cancer.)

Blessure produite par une des bombes fulminantes du 14 janvier. — Éclat de bombe arrêté dans la cavité médullaire du fémur. — Fracture spiroïde de cet os au-dessus du projectile. — Ossification de la moelle. — M. BROCA présente le fémur d'une jeune fille morte à l'hôpital Lariboisière à la suite d'une blessure qu'elle avait reçue dans la soirée du 14 janvier.

Cette fille, âgée de quinze ans, fut atteinte à la face externe de la cuisse gauche, un peu au-dessus du genou, par un projectile qui resta engagé dans l'épaisseur du membre et ne put être ni extrait ni senti. Le fémur était, en outre, le siége d'une fracture située beaucoup plus haut, au-dessus de la partie moyenne de cet os, et accompagnée d'un raccourcissement de plusieurs centimètres. Admise dès le soir même à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Voillemier, la jeune fille

alla assez bien pendant les premiers jours; mais vers la fin de janvier des accidents graves se manifestèrent; il survint un gonflement considérable, et M. Voillemier fut sur le point de pratiquer l'amputation. Mais l'état des parties s'étant notablement amélioré, on conçut de nouveau l'espoir de conserver le membre. Cette amélioration persista pendant une douzaine de jours, puis le 20 février le gonflement s'accrut de nouveau, et la malade fut prise d'un dévoiement qu'aucun moyen ne put arrêter.

Le 26 février, lorsque M. Broca prit le service à la place de M. Voillemier, il ne restait d'autre ressource que l'amputation. Mais des fusées purulentes remontaient déjà jusqu'au voisinage des trochanters; il aurait fallu pratiquer la désarticulation coxo-fémorale, ou au moins l'amputation sous les trochanters, et l'état général de la malade rendait fort douteuse l'issue de ces opérations. L'amputation fut néanmoins proposée aux personnes qui représentaient la famille de la jeune fille, et qui ne voulurent pas y consentir.

Le 8 mars, il fallut pratiquer une incision sur un abcès profond et volumineux qui s'était formé à la partie externe de la cuisse, au niveau de la fracture. Les fragments étaient à nu dans le foyer de ces abcès. Quelques jours après, un érysipèle se développa autour de cette incision, gagna rapidement toute la cuisse, et envahit la paroi abdominale.

La mort survint dans la nuit du 17 au 18 mars.

A l'autopsie, on n'a pu examiner que le membre blessé. De vastes foyers purulents situés entre les muscles et le périoste occupaient toute l'étendue de la cuisse, depuis le genou jusqu'à 3 centimètres au-dessous des trochanters. Le fémur a été extrait, et M. Broca le met sous les yeux de la Société. Cet os est le siége de deux lésions distinctes et tout à fait indépendantes l'une de l'autre. A 7 centimètres au-dessus de l'articulation du genou, au niveau de la partie la plus iuférieure du canal médullaire, la face externe du fémur présente un trou irrégulier, large de 7 ou 8 millimètres, qui pénètre jusque dans le canal de la moelle, où le projectile s'est arrêté. La paroi opposée de ce canal est entière, mais elle est dépouillée de son périoste dans une étendue circulaire de 1 centimètre et demi, et le tissu compacte, à ce niveau, est manifestement nécrosé. Des productions osseuses périostales forment un anneau autour de ce séquestre, dont l'élimination ne paraît pas encore commencée. Un trait de scie vertical a permis de retrouver dans la partie la plus inférieure du canal médullaire le projectile qui a

produit ces lésions; c'est un fragment de bombe anguleux, irrégulier, cunéiforme, long de 10 à 12 millimètres, large de 6, épais de 4 millimètres seulement, et présentant sur ses angles l'empreinte des vis qui donnaient passage aux capsules fulminantes.

Une autre lésion qui n'a aucune connexion avec la précédente existe sur le tiers supérieur du corps du fémur; c'est une fracture très-oblique qui présente exactement tous les caractères des *fractures spiroïdes* décrites par Gerdy. La fracture commence à 4 centimètres au-dessous du petit trochanter, et se termine à 8 centimètres plus bas. Les deux fragments sont donc terminés en pointe très-longue et très-aiguë. Ces deux fragments étaient en chevauchement et ne se touchaient en aucun point; des masses musculaires interposées les séparaient entièrement. Il n'y avait donc aucune tendance à la consolidation. Néanmoins, on observe sur chaque fragment, au niveau de la coupe oblique du canal médullaire, des productions osseuses volumineuses, arrondies, formées d'un tissu spongieux très-dur et excessivement fin, n'ayant aucun rapport avec le périoste ni avec le tissu compacte qui est dénudé, et provenant manifestement d'une sécrétion dont les vaisseaux de la moelle ont fait tous les frais. La moelle elle-même est ossifiée dans une étendue de 2 ou 3 centimètres sur chaque fragment.

M. Broca pense que la fracture du fémur n'est pas le résultat de l'action du projectile, et qu'elle s'est produite dans la chute qui a immédiatement suivi la blessure. Il signale l'ossification qui existe dans le canal médullaire au niveau de la fracture, dans un point où le périoste est décollé et détruit, où le tissu compacte lui-même semble nécrosé. C'est une nouvelle preuve que la propriété de sécréter le tissu osseux accidentel n'est pas exclusivement dévolue au périoste.

M. LARREY. La pièce anatomique présentée par M. Broca n'offre pas seulement de l'intérêt au point de vue de l'enclavement du projectile dans le fémur, du mécanisme de la fracture indirecte et du travail d'ossification de la moelle. On y trouve encore un exemple de la gravité plutôt consécutive que primitive de certaines blessures produites par les projectiles de l'attentat du 14 janvier. Ces projectiles, généralement très-petits par suite de la division extrême des grenades explosives, semblaient n'avoir pas assez de force pour intéresser les os, sauf quelques cas rares, comme celui-ci, et restaient engagés dans l'épaisseur des chairs, où on avait souvent aussi de la difficulté à en reconnaître la présence. De là des accidents consécutifs quelquefois mortels, comme dans le fait dont il s'agit ici, et qui semblent assigner à ces sortes de

blessures certains caractères différents de ceux des plaies ordinaires par armes à feu.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, P. Broca.

Séance du 5 mai 1858.

Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Anévrysmes poplités guéris par la compression indirecte mécanique ; discussion sur cette méthode. — M. Larrey présente deux cas d'anévrysmes poplités guéris par la compression indirecte mécanique. Ces succès ont été obtenus au Val-de-Grâce sur deux anciens officiers qui ont été traités presque simultanément. Nous publierons bientôt ces observations importantes, que M. Larrey résume aujourd'hui de la manière suivante :

« Ces deux malades sont à peu près du même âge, et ont éprouvé pendant longtemps les fatigues du service militaire, sans nous faire apprécier d'autres causes de la formation de leurs anévrysmes. La maladie siégeait du côté droit chez l'un et l'autre. Elle offrait, chez le premier comme chez le second, les signes les plus caractéristiques de l'anévrysme poplité : tumeur volumineuse, dépressible, élastique, avec bruit de souffle et battements isochrones au pouls, modifiés par les effets de la compression passagère.

» Chaque tumeur avait ainsi la même origine et le même développement, sauf la complication d'œdème et de douleurs vives, avec rétraction prononcée de la jambe chez l'un des malades ; tandis que chez l'autre, c'étaient des varices et des cicatrices d'ulcères variqueux sur le membre gauche.

» Le même traitement, à part quelques modifications préalables ou secondaires, a été suivi dans les deux cas, à savoir : la compression indirecte et intermittente par des appareils mécaniques. Cette compression n'a pas été également supportée par l'un et l'autre malade. On a dû en interrompre l'application à diverses reprises chez le premier, dont la guérison ne s'est accomplie qu'au septième mois, à cause du traitement secondaire de la rétraction du membre, tandis qu'elle s'est effectuée au deuxième mois chez le second malade. Mais chez l'un et

l'autre la diminution graduelle et la cessation complète des battements, ainsi que l'affaissement progressif de chaque tumeur, encore appréciable par une consistance assez ferme, ont amené la guérison définitive de ces deux anévrysmes.

» Plusieurs chirurgiens, et notamment M. Broca, si bon juge en pareille matière, ont observé ces deux malades au Val-de-Grâce, où les soins les plus assidus leur ont été assurés. Nous avons été surtout bien secondé dans ce traitement par M. Boizeau, agrégé de l'école, et par M. Lhonneur, ancien aide de la clinique, qui a recueilli avec beaucoup d'exactitude les deux observations ci-jointes.

» Ces observations démontrent combien il faut peu se hâter de recourir à la ligature, dont les chances peuvent être incertaines ou dangereuses dans le traitement des anévrysmes. La compression méthodique, n'exposant au contraire les malades à aucun risque, offre toutes les probabilités d'une guérison simple, souvent facile, plus prompte encore quelquefois, et attestant de nouveau les avantages de la chirurgie conservatrice. »

M. VERNEUIL, à l'occasion des deux faits présentés par M. Larrey, donne quelques renseignements sur un vieillard âgé de soixante et onze ans, qu'il traite actuellement avec M. Broca, et chez lequel la compression digitale a amené, en moins de treize heures, l'oblitération complète d'un énorme anévrysme diffus de la région poplitée. Il y a deux jours que ce résultat a été obtenu, les battements n'ont pas reparu, et tout permet de croire qu'ils ne reparaîtront pas; mais quoique tout jusqu'ici s'annonce de la manière la plus favorable, il y a quelques craintes à concevoir sur les accidents que pourront provoquer les caillots accumulés dans cette énorme poche, dont le volume égale celui de la tête d'un enfant de quatre ans. L'observation sera publiée lorsqu'on connaîtra l'issue de ce fait remarquable.

M. BROCA donne quelques détails de plus sur les antécédents de ce malade, qu'il a déjà traité il y a deux ans avec M. Alph. Guérin. La tumeur présentait alors le volume d'un œuf de dinde. On eut recours à la compression indirecte, qu'on fut obligé d'interrompre plusieurs fois à cause de l'excessive irritabilité de la peau. Le traitement fut d'ailleurs fait avec peu de régularité, parce que le malade, quoique simple ouvrier, avait refusé d'entrer à l'hôpital, et que le maniement de l'appareil ne pouvait être suffisamment surveillé. Malgré ces conditions défavorables, la tumeur, à la fin du premier mois, était réduite au volume d'un œuf de poule, elle battait moins fort, n'était plus que partiellement réductible, et renfermait évidemment d'épaisses couches de

caillots fibrineux. Mais, pendant les deux mois suivants, cet état resta stationnaire, et, au bout de ce temps, le malade, se trouvant fort soulagé, et se sentant capable de reprendre ses travaux, refusa de se soumettre plus longtemps à la compression indirecte. Vingt mois s'écoulèrent sans accident, grâce à l'épaisse couche de fibrine qui renforçait les parois du sac. Mais il y a trois semaines l'anévrysme devint diffus, et fit des progrès extrêmement rapides. Le malade fut obligé d'interrompre son travail, puis de garder le lit, et enfin, la tumeur croissant pour ainsi dire à vue d'œil, il se décida à envoyer chercher M Broca, qui, sans même avoir le temps de prévenir M. Guérin, fit immédiatement transporter le malade à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Verneuil. La compression digitale fut choisie de préférence, parce que, vu l'urgence du cas, il était indispensable d'avoir recours à la compression totale, et que l'irritabilité extrême de la peau, déjà éprouvée précédemment, ne permettait pas d'atteindre ce but avec des appareils mécaniques. M. Broca ajoute que la ligature dans ce cas n'aurait offert presque aucune chance de succès. Il existe chez ce vieillard une affection organique du cœur accompagnée d'un double bruit de souffle, et en outre tout le système artériel paraît malade; les artères sont très-dilatées, et lorsqu'on les comprime, on y sent un frémissement cataire très-manifeste.

M. LENOIR croit devoir mettre en regard de ces trois faits favorables une observation qui prouve que la compression indirecte est loin de réussir constamment. C'est celle d'un peintre en bâtiments qui a passé dix-huit mois à l'hôpital Necker pour un anévrysme poplité. M. Lenoir eut d'abord recours à la compression indirecte double et alternative, qui fut faite méthodiquement avec l'appareil de M. Broca et sous les yeux de M. Broca lui-même. La compression partielle n'ayant eu aucun résultat, on en vint à la compression totale, et on parvint à supprimer entièrement les battements pendant huit jours consécutifs ; mais il ne se produisit aucune coagulation, et lorsqu'on relâcha les pelotes, on reconnut que la tumeur n'avait pas subi la moindre modification. La compression fut abandonnée au bout d'environ un mois, puis, l'anévrysme menaçant de devenir diffus, M. Lenoir fut obligé de lier l'artère fémorale. Les battements disparurent aussitôt, mais au bout de trois semaines à peu près ils reparurent de nouveau ; le sang était ramené par des collatérales qu'on sentait battre sous la peau. On appliqua alors sur le membre la compression générale, suivant la méthode de Théden; la tumeur s'oblitéra enfin, mais les caillots provoquèrent une inflammation suppurative diffuse, qui envahit toute la région poplitée. L'abcès fut ouvert, et on trouva au milieu du pus des caillots

volumineux et altérés. Ce vaste foyer purulent, qui occupait tout le creux poplité, suppura pendant longtemps; enfin, aucun autre moyen n'ayant pu réussir à obtenir le recollement des parois de l'abcès, M. Lenoir fut obligé de fixer le genou dans la demi flexion. Le malade a fini par guérir, dix-huit mois après le début du traitement, mais son genou est ankylosé à angle droit, et il ne peut marcher qu'à l'aide d'une jambe de bois.

M. Lenoir ajoute que chez cet homme il y avait sans doute un défaut de plasticité du sang, une sorte d'anémie qui s'opposait à la coagulation, puisque les battements ont reparu même après la ligature. Ceux qui ont pu croire que la compression indirecte devait guérir tous les anévrysmes, ont perdu de vue sans doute l'influence de ces conditions générales qui rendent le sang impropre à la coagulation.

M. GUÉRIN pense, comme M. Lenoir, que la compression doit échouer dans certains cas. Il a soigné dans le temps, avec M. Broca, le malade que celui-ci vient de traiter avec M. Verneuil, et quoiqu'une amélioration notable eût été obtenue, il avoue qu'il avait gardé une impression peu favorable relativement à l'efficacité de la compression indirecte. Cette impression est changée aujourd'hui, puisque le même anévrysme vient d'être oblitéré si rapidement par la même méthode. M. Guérin se demande si la différence des résultats ne tiendrait pas à un changement avantageux survenu dans l'état général du malade.

M. GIRALDÈS répond à M. Lenoir que les partisans de la compression indirecte n'ont jamais prétendu guérir par ce moyen tous les anévrysmes. La compression peut échouer pour deux motifs principaux : d'abord à cause de conditions générales peu connues, qui paraissent dépendre de la constitution du sang; il y a longtemps déjà que Bellingham a insisté sur la nécessité de rendre, si c'est possible, le sang plus fibrineux par un traitement général approprié. La seconde cause des insuccès de la compression gît dans l'imperfection des appareils. Ces deux causes étaient réunies chez le malade de M. Lenoir. L'appareil de M. Broca, qui a été employé, a l'inconvénient d'être fait pour être appliqué indistinctement sur le membre droit et sur le membre gauche; cela nuit à la précision des résultats.

M. Giraldès, en terminant, fait ressortir les avantages de la compression, qui peut échouer sans doute, mais qui guérit la plupart des malades sans leur faire courir aucun danger inhérent à la méthode.

M. VERNEUIL, revenant sur le malade dont il a entretenu la Société, fait ressortir toutes les conditions défavorables qui existaient chez lui;

son grand âge, le volume très-considérable de la tumeur, l'altération générale du système artériel, et la complication d'une grave lésion du cœur. Il pense qu'en raison de toutes ces circonstances fâcheuses les partisans de la ligature n'auraient pu baser que de bien faibles espérances sur les résultats de cette grave opération.

Tumeur hydatique de l'abdomen. — M. BOINET présente un jeune homme atteint d'une tumeur volumineuse et fluctuante située dans l'hypochondre droit. Une douleur sourde mais légère parut, il y a six mois, dans cette région, et bientôt on y constata l'existence d'une tumeur, qui s'est accrue très-rapidement, et qui présente aujourd'hui un diamètre d'environ 20 centimètres dans tous les sens. Cette tumeur présente la fluctuation d'un kyste très-distendu; elle est tout à fait indolente; elle ne s'accompagne d'aucune inflammation, et, quoiqu'on n'y perçoive point de frémissement, M. Boinet pense qu'il s'agit d'un kyste hydatique du foie. Il demande l'opinion de ses collègues sur le traitement qu'il doit mettre en usage. Il se propose de pratiquer d'abord une ponction avec un trocart explorateur. S'il s'écoule un liquide transparent, il se bornera à vider la tumeur, et il espère que cela pourra suffire pour amener la guérison.

Dans un cas semblable qu'il a opéré dans le service de M. Briquet, la simple ponction a eu un résultat définitif; la tumeur s'est affaissée, et s'est transformée en une masse indurée peu volumineuse, qui est restée stationnaire. Si le liquide se reproduisait après cette évacuation, M. Boinet aurait encore recours à la simple ponction avant d'en venir à la méthode de l'injection. Mais si le premier coup de trocart amenait un liquide mêlé de pus et des débris d'hydatides mortes, il viderait d'abord la tumeur; puis, dès que le liquide se serait reproduit, il pratiquerait une injection iodée.

M. ROBERT est également disposé à croire que cette tumeur est un kyste hydatique, malgré l'absence du frémissement, qui est un symptôme fort rare. Le diagnostic toutefois ne sera certain qu'après la ponction; s'il s'écoule un liquide tout à fait transparent et non albumineux, ce sera la preuve que le kyste est hydatique. M. Robert approuve le plan de M. Boinet. Il a eu en 1849, à l'hôpital Beaujon, pendant le choléra, un jeune homme qui était atteint d'une tumeur tout à fait semblable à celle que montre M. Boinet. Il fit une ponction avec le trocart explorateur, et retira tout le liquide, qui était incoagulable, et aussi transparent que de l'eau de roche. Le choléra faisait alors de grands ravages dans l'hôpital; l'opéré fut renvoyé chez lui au bout de vingt-

quatre heures ; on l'invita à revenir après la fin de l'épidémie, pour subir, s'il y avait lieu, de nouvelles ponctions. Il revint effectivement au bout de quelques mois, mais il était parfaitement guéri ; il ne restait plus de traces de la tumeur. M. Robert l'a revu depuis lors ; la guérison a été définitive. M. Cruveilhier a publié dans l'article *Acéphalocyste* du *Dictionnaire* en quinze volumes un fait semblable à celui-là.

M. CHASSAIGNAC donne à cette occasion des nouvelles du malade qu'il a présenté l'année dernière à la Société, et qui était atteint également d'un kyste hydatique du foie. Il a opéré cet homme par l'injection iodée. Le succès a été complet, et l'opéré a repris maintenant sa profession de maréchal ferrant.

M. LENOIR a traité il y a douze ans, avec succès, une tumeur hydatique du foie par la méthode des ponctions. Il a pratiqué, à des intervalles divers, environ une dizaine de ponctions. Il a constaté dès la première ponction une particularité intéressante ; c'est que le kyste commun renfermait un liquide louche et purulent, tandis que les vésicules acéphalocystes contenaient un liquide transparent comme de l'eau de roche. A plusieurs reprises, en poussant le trocart dans diverses directions, on vit le liquide changer subitement de nature.

M. CLOQUET trouve que la tumeur du malade de M. Boinet présente quelques-uns des caractères des kystes hydatiques, mais il y a une circonstance qui lui paraît de nature à infirmer le diagnostic ; c'est la belle santé du sujet. Les hydatides se développent ordinairement par suite de mauvaises conditions générales ; on en fait naître à volonté chez les lapins, en les soumettant à une mauvaise hygiène et à un régime défectueux ou insuffisant. M. Cloquet a opéré autrefois un jeune fermier, qui présentait dans l'hypochondre droit une tumeur enkystée très-volumineuse. Il croyait d'abord à la présence d'un kyste hydatique, mais l'excellente constitution du sujet le détourna de cette idée, et il diagnostiqua un kyste séreux. Le traitement fut dirigé en conséquence : un trocart fin et court fut fixé à demeure dans le kyste. Au moment de l'opération, il s'écoula environ trois litres d'un liquide légèrement citrin, ayant la couleur de l'urine. Les jours suivants, l'écoulement se fit d'une manière continue. A chaque pansement, on faisait à travers le trocart des injections d'orge miellée. Il survint un peu de suppuration, mais on ne vit sortir aucun débris d'hydatides. La guérison a été complète et permanente, car M. Cloquet a revu depuis son opéré. Il est convaincu que ce kyste était simplement séreux.

M. BOINET ne partage pas l'opinion de M. Cloquet sur la cause des

tumeurs hydatiques. Il a vu de ces tumeurs chez des sujets parfaitement constitués. Ce matin encore, il a opéré une femme atteinte d'un kyste de l'ovaire, et jouissant d'ailleurs de la plus belle santé. Il croyait ponctionner un kyste séreux ; mais des débris de membranes hydatiques se sont échappés à travers la canule du trocart. Sur cette femme, M. Boinet a remarqué la particularité qui existait chez l'opéré de M. Lenoir, c'est-à-dire que le liquide qui s'écoulait était tantôt louche, tantôt parfaitement clair, suivant que le trocart pénétrait dans une hydatide morte ou dans une hydatide vivante.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Pièces relatives au siége de la hernie congéniale. — Discussion. — M. MOREL-LAVALLÉE présente plusieurs pièces sèches qu'il a préparées il y a sept ans, pendant son exercice à l'hôpital des Enfants-Trouvés. Ce sont des hernies congéniales dont le sac ne communique pas avec la tunique vaginale, celle-ci formant une cavité parfaitement isolée. Sur quelques-unes de ces pièces, on voit un cordon plein, long de plusieurs centimètres, qui unit la face externe du sac à la face externe de la tunique vaginale. Par suite de cette adhérence médiate, la hernie, avant la dissection, paraissait confondue avec le testicule, car, lorsqu'on voulait la réduire, on voyait le testicule remonter avec elle.

M. Morel reproduit à ce propos quelques-uns des détails qu'il a déjà communiqués à la Société dans la séance du 7 avril dernier. Il rappelle que dans les nombreuses dissections qu'il a eu l'occasion de faire, il a constaté, contrairement à l'opinion générale, que la hernie congéniale est presque toujours, c'est-à-dire environ 14 fois sur 15, située dans un sac indépendant de la tunique vaginale.

M. CLOQUET a reconnu depuis longtemps que la hernie congéniale est quelquefois située dans un sac indépendant de la tunique vaginale. Les pièces de M. Morel-Lavallée tendent à prouver que cette disposition est plus commune que l'autre. Au surplus, la différence entre les deux formes de la hernie congéniale est moins radicale peut-être qu'on ne pourrait le croire au premier abord. Il arrive fréquemment que l'intestin s'engage dans le tube vaginal non encore oblitéré, et que plus tard ce tube se rétrécit et s'oblitère entre le testicule qui est en bas et l'intestin qui est en haut. Le sac et la tunique vaginale deviennent ainsi indépendants l'un de l'autre, quoique provenant du même diverticu-

lum péritonéal. La communauté d'origine est indiquée, après la séparation, par la persistance d'un cordon fibreux qui unit la tunique vaginale à la face externe du sac ; ce cordon se retrouve sur plusieurs des pièces de M. Morel Lavallée.

M. Cloquet ajoute toutefois que dans les opérations de hernies qu'il a pratiquées chez l'adulte, il a trouvé au moins trois ou quatre fois l'intestin ou l'épiploon dans la tunique vaginale proprement dite, et adhérant même au testicule. Sur d'autres malades qui n'avaient pas d'étranglement et qui n'ont pas été opérés, M. Cloquet a cru reconnaître une disposition analogue ; le testicule adhérait si intimement à la hernie qu'on ne pouvait réduire celle ci sans faire remonter celui-là dans le canal inguinal, ce qui rendait l'application méthodique des bandages fort difficile, et quelquefois même impossible.

M. GIRALDÈS fait remarquer que les hernies véritablement congéniales sont excessivement rares. Les hernies qu'on désigne sous ce nom inexact surviennent presque toujours quelque temps seulement après la naissance. Sur 5 à 6,000 enfants qui passent tous les ans à l'hôpital des Enfants-Trouvés, M Giraldès n'a vu qu'un très-petit nombre de hernies manifestées dès le moment de la naissance. Il a même remarqué que la hernie congéniale de la trompe chez les petites filles nouveau-nées est moins rare que la hernie congéniale chez les petits garçons.

M. MOREL-LAVALLÉE fait remarquer que le mot hernie congéniale ne veut pas dire que la hernie existe au moment de la naissance, mais qu'elle survient quelque temps après, à la faveur d'une disposition que les enfants apportent en naissant. Il répond à M. Cloquet qu'il est très-difficile de comprendre la production d'un travail de cloisonnement survenant après la formation de la hernie et séparant le diverticulum péritonéal en deux parties, l'une inférieure qui est la tunique vaginale, l'autre supérieure qui est le sac herniaire. Il rappelle enfin que les observations relatives à l'application des bandages ne sont nullement concluantes. De ce qu'une hernie, en rentrant dans le ventre, attire avec elle le testicule, il n'en résulte pas qu'elle soit dans la tunique vaginale.

M. CHASSAIGNAC a opéré il y a quelque temps deux hernies congéniales, l'une sur un adulte, l'autre sur un vieillard. Elles étaient toutes deux congéniales, c'est-à-dire que, le sac étant une fois ouvert, on trouva le testicule en contact avec l'intestin, auquel il était même adhérent. M. Chassaignac a remarqué que dans les cas de ce genre le cordon présente une disposition spéciale. Il est situé et étalé au-devant de

la tumeur, ce qui rend le taxis très-difficile et l'application des bandages très-douloureuse. En outre, lorsqu'une opération devient nécessaire, on est exposé à léser les éléments du cordon qui sont situés entre le sac et la peau.

M. CLOQUET reconnaît avec M. Giraldès que les hernies vraiment congéniales, c'est-à-dire existant au moment de la naissance, sont très-rares. Il ajoute que les hernies dites congéniales peuvent se former à toutes les époques de la vie. M. Cloquet aimerait mieux les appeler *hernies consécutives à la descente du testicule.* On observe quelquefois une variété de ces hernies chez les individus monorchides ou cryptorchides. Quoique chez eux le testicule reste dans le ventre, le gubernaculum testis attire en bas dans le canal inguinal la queue de l'épididyme et un diverticulum péritonéal où les hernies peuvent s'engager ; quelquefois même cette traction sépare presque entièrement l'épididyme du testicule.

M. MOREL-LAVALLÉE revient sur les faits cités par M. Chassaignac et pense qu'on ne peut tirer aucune conclusion rigoureuse des observations faites pendant les opérations. Il est très-facile de prendre la face externe de la tunique vaginale pour la face externe du testicule. Il faut même une certaine attention pour ne pas commettre cette erreur lorsqu'on dissèque une pièce anatomique. Aux exemples qu'il a invoqués dans la précédente discussion (séance du 7 avril 1858), il en ajoute aujourd'hui un autre plus récent et plus catégorique encore. M. Huguier, en opérant dernièrement une hernie étranglée, crut constater de la manière la plus manifeste que le testicule était contenu dans le sac. L'opéré étant mort, les internes firent l'autopsie, disséquèrent la région, et continuèrent à croire que la hernie était dans la tunique vaginale; la pièce fut enlevée pour être présentée à la Société de chirurgie ; mais M. Huguier, poussant plus loin la dissection, reconnut que la cavité de la tunique vaginale était indépendante de celle du sac.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, P. BROCA.

Séance du 12 mai 1858.

Présidence de M. BOUVIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. BROCA annonce qu'il a trouvé dans le dernier catalogue de M. Mathieu, à la page 42, le dessin et la

description d'un appareil analogue à celui qu'il a fait construire récemment par M. Charrière fils, pour rendre la marche possible à la suite de la rupture du tendon rotulien ou des fractures de la rotule, lorsque la réunion fait complétement défaut, et que le triceps cesse d'agir sur la jambe. L'appareil de M. Mathieu a été fait pour remédier à la paralysie des muscles extenseurs de la jambe. Il embrasse la cuisse, la jambe et le pied, et est par conséquent plus compliqué que l'autre.

Deux nouveaux cas d'anévrysmes guéris par la compression indirecte. — M. BROCA communique en outre, à l'occasion du procès-verbal, deux observations d'anévrysmes guéris par la compression mécanique. L'une de ces observations appartient à M. le docteur Trifet; c'est celle d'un anévrysme poplité dont la guérison a été obtenue en dix-huit jours. L'autre, appartenant à M. le docteur Denucé, est relative à un anévrysme de l'artère humérale, qui s'est oblitéré après deux heures et demie de compression totale. Les battements ont reparu, mais ils étaient très-affaiblis, et ont disparu spontanément et définitivement au bout de quelques jours. Ces deux observations sont remises à M. le secrétaire général, qui en donnera lecture dans la prochaine séance.

RAPPORT.

Luxation de l'épaule en haut. — M. MOREL-LAVALLÉE lit un rapport sur un travail de M. le docteur Bourguet, relatif à la luxation de l'épaule en haut. Les conclusions sont :

1° D'adresser des remercîments à M. Bourguet;

2° D'insérer un extrait de son travail dans les *Bulletins* ;

3° D'inscrire l'auteur sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. CHASSAIGNAC reconnaît la valeur des arguments de M. Morel-Lavallée ; il pense comme lui qu'il est impossible d'admettre la luxation incomplète de l'humérus en haut dans les cas où la tête humérale ne s'élève pas au-dessus de la voûte acromio-coracoïdienne. Mais cette objection, applicable à toutes les observations rassemblées par M. Morel-Lavallée, ne l'est pas à une observation que M. Chassaignac a recueillie lui-même chez un homme qui venait de tomber du troisième étage. La tête de l'humérus faisait saillie directement en dehors, et débordait supérieurement au-dessus de la voûte acromio-coracoïdienne. Lorsqu'on plaçait les deux bras parallèlement dans la direction horizontale, on voyait que du côté sain le moignon de l'épaule restait de

plusieurs centimètres au-dessous du niveau de la clavicule, tandis que du côté malade il s'élevait notablement au-dessus de ce même niveau. C'était une luxation incomplète de l'humérus en haut. Elle se réduisait sans difficulté lorsqu'on portait le bras dans l'élévation exagérée ; mais elle se reproduisait dès que le bras était abaissé de nouveau. Les mouvements du coude en avant étaient impossibles; en arrière, au contraire, ils s'étendaient au-delà des limites naturelles.

M. ROBERT ne saurait admettre le diagnostic de M. Chassaignac. La facilité avec laquelle le déplacement se réduisait et se reproduisait par un simple changement d'attitude, lui fait croire plutôt qu'il s'agissait d'une fracture du bord supérieur de la cavité glénoïde. Il a vu avec Sanson un cas semblable, et à la fin, après de longues recherches, on finit par trouver la crépitation. Quelque temps auparavant, M. Robert avait vu une fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus qui avait donné lieu à des hésitations et à des symptômes analogues. D'une manière générale, les déplacements articulaires traumatiques qui se réduisent et se reproduisent dans les changements de position sont dus à des fractures et non à des luxations.

M. CHASSAIGNAC ne voit guère comment une fracture de la cavité glénoïde aurait pu donner lieu aux symptômes qui existaient chez son malade. La crépitation d'ailleurs faisait complétement défaut, et il y avait peu de douleur. M. Chassaignac reconnaît qu'il est bien difficile de comprendre le mécanisme de cette luxation incomplète en haut, et surtout la nature de l'obstacle anatomique qui empêchait la tête humérale de rentrer dans sa cavité. Il s'est demandé si ce n'était pas parce que cette tête était engagée dans une boutonnière formée par deux faisceaux du deltoïde.

M. MOREL-LAVALLÉE, sans discuter l'observation de M. Chassaignac, fait remarquer qu'elle diffère de celles qu'il a rassemblées dans son rapport. Il a nié la possibilité de la luxation incomplète en haut lorsque la tête humérale reste au-dessous de la cavité acromio-coracoïdienne. Dans le cas de M. Chassaignac, au contraire, la tête était au-dessus de ce niveau, ce qui change entièrement les conditions. L'existence de la variété que M. Chassaignac vient de décrire ne porterait donc aucune atteinte aux opinions développées dans le rapport de M. Morel-Lavallée.

Après cette discussion, la Société met aux voix les conclusions du rapport. La première et la troisième conclusion sont adoptées. La seconde conclusion devient inutile, la Société ayant décidé que le rapport

de M. Morel-Lavallée, où le travail de M. Bourguet est suffisamment analysé, sera publié dans les *Bulletins*.

En conséquence, le travail de M. Bourguet sera déposé aux archives.

LECTURE.

Mémoire sur la ponction de la vessie. — Discussion sur cette opération. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'un mémoire sur la ponction de la vessie, adressé à la Société par M. Fleury, membre correspondant à Clermont-Ferrand. L'auteur a eu recours plusieurs fois avec succès à cette opération, qu'il considère comme très-facile, et qui n'a donné lieu à aucun accident, excepté chez un malade qui, ayant retiré intempestivement la canule, eut une infiltration urineuse.

M. BOINET regrette que l'auteur n'ait pas signalé les inconvénients consécutifs qui résultent de l'adhérence de la paroi abdominale avec la paroi vésicale dans le lieu où la ponction a été faite. Ces adhérences nuisent ultérieurement aux fonctions de la vessie.

M. CHASSAIGNAC ne partage pas la crainte émise par M. Boinet. Les adhérences de la vessie ne nuisent pas aux fonctions de cet organe. La taille hypogastrique laisse des adhérences bien plus étendues que la ponction, et cependant, à la suite de cette opération, l'évacuation des urines se fait très-bien. M. Chassaignac ne saurait admettre que la ponction vésicale soit une opération aussi simple et aussi facile que le dit M. Fleury. Lorsque la paroi abdominale est très-mince et la vessie très-distendue, il n'y a pas beaucoup de précautions à prendre; mais chez les sujets très-gras et très-fortement musclés, on rencontre des difficultés sérieuses. On est obligé alors de prendre un trocart très-long, de l'enfoncer à une grande profondeur, et on est exposé à léser la paroi opposée de la vessie. Cet accident est arrivé à M. Chassaignac, dans une ponction pratiquée sur un malade atteint de cancer de la prostate. Il pense donc que cette opération, dans certains cas, demande beaucoup d'attention.

M. ROBERT admet avec M. Fleury que la ponction vésicale est préférable au cathétérisme forcé. Gerdy, qui était grand partisan de cette opération, en exagérait peut-être l'innocuité, mais il est certain qu'elle n'est pas grave. M. Robert y a eu recours sept ou huit fois. Il l'a pratiquée dernièrement chez un vieillard atteint de rétention d'urine par suite d'un voyage en chemin de fer. Il s'est écoulé quatre jours depuis l'opération, et il n'est jusqu'ici survenu aucune complication. M. Ro-

bert ne craint pas les accidents qu'on attribue au séjour de la canule métallique dans la plaie. On a conseillé de retirer la canule au bout de quatre ou cinq jours pour la remplacer par une sonde élastique ; mais il est quelquefois très-difficile de faire cette substitution ; dès que la canule est retirée, le trajet se resserre ou se dévie, et l'introduction de la sonde élastique exige des tâtonnements longs et douloureux, qui exposent à des déchirures et à des infiltrations. M. Robert a eu une fois beaucoup de peine à remettre en place une canule que le malade avait retirée huit jours après la ponction. Il laisse donc volontiers la canule métallique à demeure pendant une quinzaine de jours, et c'est alors seulement qu'il lui substitue un tube en caoutchouc M. Robert ajoute qu'après l'opération il faut se garder de laisser l'urine couler incessamment à travers la canule. Celle-ci doit-être bouchée et ouverte seulement toutes les trois ou quatre heures, sans cela la vessie reviendrait trop promptement sur elle-même, et pourrait même abandonner la canule.

M. DEGUISE s'étonne qu'un trajet où une canule métallique a séjourné pendant huit jours puisse offrir de pareils obstacles à l'introduction d'une sonde. Il a l'habitude d'introduire dès le premier jour une sonde en gomme élastique, et de la changer au bout de trois ou quatre jours ; jamais cette substitution ne lui a présenté la moindre difficulté. Il est vrai que M. Deguise emploie un procédé qui diminue notablement la longueur du trajet de la canule. Avant de piquer avec le trocart, il incise avec le bistouri la peau et le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à la ligne blanche. Cela a en outre l'avantage de rendre la ponction beaucoup plus facile et de lever l'objection présentée tout à l'heure par M. Chassaignac.

M. MARJOLIN, répondant à l'objection faite par M. Boinet, cite un malade que Suberbielle avait taillé trois fois par l'hypogastre, et qui urinait très-bien, malgré les adhérences de la vessie avec la paroi abdominale. A l'appui de l'opinion de M. Chassaignac sur la possibilité de léser la paroi opposée de la vessie dans la ponction, M. Marjolin rappelle l'observation de deux malades opérés par MM. Monod et Robert ; dans ces deux cas le trocart s'enfonça dans la prostate, qui était considérablement tuméfiée.

M. HUGUIER insiste sur les conditions qui peuvent rendre la ponction vésicale très-difficile. Il signale en particulier l'ascension de la prostate et du bas-fond de la vessie. Lorsque la vessie est très-dilatée, elle remonte au-dessus du détroit supérieur , comme l'utérus après le

troisième mois de la grossesse. Cette ascension est démontrée par le toucher rectal; M. Huguier n'a jamais senti dans la rétention complète d'urine la fluctuation rectale dont les auteurs ont tant parlé : c'est parce que la vessie dilatée se met en rapport avec une partie du rectum située au-dessus de la région accessible au doigt. Voilà pourquoi on est exposé à piquer la prostate dans la ponction sus-pubienne, et il n'est pas nécessaire pour cela que cette glande soit tuméfiée. M. Huguier a constaté cela sur un malade que Richerand avait opéré, et à qui il avait ainsi piqué la prostate; Richerand avait cependant l'habitude de cette opération, dont il était grand partisan. M. Huguier pense que, pour éviter cet accident, il faut se servir du trocart droit au lieu du trocart courbe, et l'enfoncer horizontalement au-dessus du pubis, au lieu de diriger, comme on le prescrit généralement, la pointe de l'instrument en bas et en arrière. Quant à la canule, il ne la retire guère avant le septième jour, et il n'a jamais vu d'accident qu'on pût attribuer au frottement de l'extrémité de cet instrument rectiligne sur la paroi postérieure de la vessie. Il est vrai que pour mieux ménager cette paroi, il introduit et fixe dans la canule d'argent une sonde en gomme élastique dont l'extrémité, arrondie et munie d'yeux latéraux, dépasse d'au moins 1 centimètre l'extrémité vésicale de la canule.

M. GIRALDÈS ne saurait admettre l'opinion de M. Huguier sur l'ascension du bas-fond de la vessie dans la rétention d'urine. La facilité avec laquelle on peut ponctionner alors la vessie par le rectum prouve que les rapports de ces deux organes ne sont pas changés. Cette opération est pratiquée très-souvent par M. Cock, chirurgien de Guy's Hospital, qui la trouve beaucoup plus facile à exécuter que la ponction sus-pubienne.

M. DEGUISE, malgré l'opinion de MM. Huguier et Chassaignac, persiste à dire que la ponction sus-pubienne de la vessie est une opération très-facile, et n'expose à aucun danger pourvu qu'on la fasse précéder de l'incision de la peau et du tissu cellulaire sous cutané. Le trocart courbe, suivant lui, est un mauvais instrument, qui expose à léser la prostate ou le bas-fond de la vessie. On a choisi le trocart courbe, afin que l'extrémité vésicale de la canule qu'on laisse à demeure soit dirigée en bas et n'aille pas heurter la paroi postérieure de la vessie; mais on atteint ce but avec bien plus de certitude en fixant dès le premier jour dans le trajet de la ponction une canule flexible en gomme élastique. M. Deguise a donc adopté le procédé suivant :

1° Incision sus-pubienne jusqu'à la ligne blanche, à 5 ou 6 centimètres au-dessus du pubis;

2° Ponction de la ligne blanche et de la vessie avec un trocart droit dirigé horizontalement;

3° Introduction dans la canule du trocart d'une sonde en gomme élastique immédiatement après l'ablation du poinçon;

4° Ablation de la canule métallique, qu'on fait glisser d'arrière en avant le long de la sonde intérieure; celle-ci est enfin fixée et laissée à demeure dans la vessie.

M. LENOIR est frappé de la facilité avec laquelle certains chirurgiens se décident à pratiquer la ponction de la vessie. Quant à lui, depuis vingt ans qu'il est attaché aux hôpitaux, il n'a eu que deux fois recours à cette opération, qu'il considère comme une ressource extrême, et qu'il réserve exclusivement pour les cas où la rupture de la vessie lui paraît imminente. Alors la vessie est très-distendue, et la ponction ne présente aucune difficulté.

M. Lenoir repousse entièrement l'opinion de M. Huguier sur l'ascension de la prostate. La prostate est fixée solidement; elle ne peut pas remonter. Si elle s'étend quelquefois au-dessus de son niveau ordinaire, c'est parce qu'elle s'hypertrophie et non parce qu'elle se déplace. Il est possible qu'alors cette glande, devenue très-volumineuse, soit atteinte par l'extrémité d'un trocart courbe; mais M. Lenoir ne s'expose pas à cet accident, parce qu'il ne ponctionne jamais la vessie pour les rétentions d'urine produites par les tumeurs prostatiques. L'obstacle étant permanent, le cours naturel des urines n'a aucune chance de se rétablir, de telle sorte que les opérés sont exposés à conserver toute leur vie une fistule hypogastrique fort incommode. Dans les cas de ce genre, M. Lenoir préfère de beaucoup le cathétérisme forcé avec la sonde conique, qu'on pousse à travers le lobe moyen de la prostate. C'est une ponction intra-uréthrale à travers la prostate. On crée ainsi une fausse route, une fistule intra-prostatique, qui remplit les fonctions de la partie prostatique de l'urèthre. Cette opération est déjà ancienne; le célèbre Astruc a été ainsi opéré par Lafaye et a encore survécu huit ou dix ans. Elle n'est pas sans gravité lorsqu'on suit le procédé ordinaire, qui consiste à laisser à demeure la sonde métallique, conique et curviligne, dont on se sert pour traverser le lobe moyen de la prostate. La convexité de la courbure de cette sonde inflexible exerce sur la paroi inférieure de la portion bulbeuse et membraneuse de l'urèthre une pression continuelle, qui finit par gangrener cette paroi et qui expose aux infiltrations d'urine. C'est pourquoi M. Lenoir a l'habitude de remplacer la sonde conique par une sonde en gomme élastique, et l'opération perd alors la plus grande partie de sa gravité.

M. HUGUIER reconnaît que la partie antérieure de la prostate est fixée par des ligaments et des aponévroses qui ne lui permettent pas de remonter; mais la portion postérieure de cette glande est réellement attirée en haut par suite de la distension de la vessie, qui ne trouvant plus à se loger dans le petit bassin, s'élève au-dessus du détroit supérieur comme l'utérus gravide. Il maintient que le toucher rectal ne trouve pas dans le rectum cette saillie fluctuante, globuleuse ou cylindrique, qu'on a décrite comme un des principaux symptômes de la rétention d'urine. Cela n'empêche pas d'atteindre la vessie à travers le rectum au moyen d'un trocart long et concave, dont on dirige la pointe de bas en haut et d'arrière en avant.

M. CHASSAIGNAC admet également que la partie postérieure de la prostate s'élève dans la rétention d'urine. Il répond à M. Deguise que l'incision préalable des téguments de la région hypogastrique expose à l'infiltration d'urine. Enfin, il repousse la ponction rectale comme dangereuse, parce qu'elle expose à pénétrer dans le cul-de-sac recto-vésical du péritoine.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, PAUL BROCA.

Plaie de l'aisselle produite par un coup de couteau. — Hémorrhagies répétées. — Ligature de l'artère sous-clavière. — Guérison.

PAR LE D[r] EUGÈNE SOULÉ,

Chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

La question de la ligature appliquée aux plaies artérielles rebelles aux autres moyens hémostatiques a été plusieurs fois agitée. La Société de chirurgie de Paris a mis en particulier ce sujet à l'ordre du jour et l'a discuté avec toute l'autorité de son expérience; et il ressort, je crois, de ces discussions, que la méthode qui doit prévaloir et qui a le plus de chances de s'opposer aux hémorrhagies consécutives, c'est la ligature des deux bouts de l'artère.

Les idées de M. le professeur Nélaton, de M. Notta (de Lisieux), contraires à celles de Dupuytren et de tous ceux qui avec lui avaient

conclu à la friabilité des bouts de l'artère d'une plaie en suppuration, ont dû agrandir le champ de cette méthode, en donnant moins de craintes sur la chute prématurée du fil.

Quoique sympathique, pour notre part, à la ligature des deux bouts dans les plaies artérielles, et quoique ayant observé des faits qui sont venus à l'appui de l'insuffisance de la méthode de Hunter, nous croyons qu'il est des cas dans lesquels la recherche des deux bouts de la lésion artérielle offrirait des difficultés telles, que la ligature entre le cœur et la lésion doit lui être préférée.

Tel est le motif qui m'a fait agir dans le cas que je vais raconter, et qui, à raison de son importance, m'a paru mériter d'être communiqué à la Société de chirurgie.

Jean Barrio, âgé de vingt-deux ans, employé de l'octroi, originaire de Lure (Hautes-Pyrénées), reçoit dans la soirée du 30 novembre 1857 un coup de couteau à la partie antérieure du creux axillaire droit. Une hémorrhagie très-abondante a lieu, et le malade est transporté à l'hôpital dans un état syncopal très-prononcé. L'écoulement sanguin s'arrête cependant spontanément, et un premier appareil est appliqué.

Du 1er au 9 décembre, l'état du malade paraît s'améliorer ; la suppuration s'établit par la plaie, exempte de toute exsudation sanguine.

Dans la nuit du 9 au 10, hémorrhagie abondante, et qui, comme la première, s'arrête spontanément. L'interne de garde évalue à 1,000 gr. environ la quantité de sang que le malade a perdue. — Bandage compressif.

La journée du 10 est assez bonne, à part la faiblesse qu'accuse le malade.

Dans la soirée, nouvelle hémorrhagie qui amène le plus grand découragement chez le jeune Barrio. Un bandage fortement compressif est établi sur la plaie et est laissé en place le lendemain.

Le 13, à trois heures du matin, le malade accuse des douleurs intolérables dans la plaie; quelques gouttes de sang commencent à imbiber l'appareil.

A cinq heures du matin, nouvelle hémorrhagie qu'on arrête à grand'-peine, d'abord par la compression de la plaie, puis par l'application du garrot. Le malade est dans un état de faiblesse qui fait redouter à chaque instant la syncope.

Appelé immédiatement, je jugeai qu'il était urgent d'agir, parce qu'une autre hémorrhagie pourrait enlever le malade, ou au moins rendre peu favorables les chances de guérison d'une ligature. Restait

à déterminer la manière de procéder, et c'est là que commençait pour moi l'embarras.

La ligature, au-dessus et au-dessous de la lésion, offrait de grandes difficultés, dont on peut juger en se représentant les conditions dans lesquelles je me trouvais placé :

1° Une simple piqûre produite par un couteau, ce qui permettrait de supposer que le vaisseau pouvait avoir été lésé à une hauteur difficile à atteindre par le débridement de la plaie.

2° Des caillots épanchés en assez grande abondance.

3° Enfin la nécessité où on se trouvait, pour faire cesser complétement l'issue du sang, d'exercer une forte compression sur la plaie.

Joignons à ces circonstances le siége précis de l'hémorrhagie, dont il était assez difficile de se rendre compte. Etait-ce l'axillaire qui avait été blessée? Mais encore quel était le point lésé, sa hauteur? On n'avait aucune donnée sur la direction, la marche de l'instrument. La plaie artérielle pouvait, du reste, avoir affecté un rameau. Dans tous les cas, la position du malade réclamait une opération sûre, et ne se prêtait pas aux manœuvres, aux tâtonnements qu'eût nécessités la ligature des deux bouts de l'artère ou la recherche de la plaie du vaisseau.

Restait donc la ligature entre le cœur et la lésion, et deux procédés s'offraient ici à moi. J'avais à opter entre la ligature au-dessous de la clavicule ou celle de la sous-clavière à son point d'émergence des scalènes.

Je me décidai en faveur de cette seconde opération, qui me paraît mieux réglée dans son manuel et qui peut s'effectuer pour ainsi dire à sec, tandis que la ligature de l'axillaire, au-dessous de la clavicule, nécessite des déchirements musculaires, et partant vasculaires, assez considérables pour donner lieu à des hémorrhagies qui, dans le cas présent, pouvaient se transformer en accidents redoutables. Je pratiquai donc la ligature de la sous-clavière. Je dois noter toutes les précautions que je pris pour faire mes recherches sans effusion de sang.

Une incision, parallèle au bord supérieur de la clavicule, me permit, après l'incision de quelques feuillets aponévrotiques, d'écarter des paquets veineux et de lacérer, à l'aide d'une sonde cannelée mousse, le tissu cellulaire du creux sus-claviculaire.

Les nerfs apparaissent alors et sont repoussés au dehors, pendant qu'à l'aide du doigt je cherche le tubercule costal signalé par Lisfranc. L'artère une fois isolée, un quadruple fil ciré fut engagé au-dessous.

L'oblitération du calibre artériel fait immédiatement cesser les bat-

tements de la radiale, mais la température du membre ne varie pas sensiblement.

La journée du 13 est bonne, le malade est un peu moins faible. — Bouillon, vin sucré.

Le membre reste toujours chaud et n'est le siége d'aucun phénomène particulier.

Le 14 décembre, le malade est bien, bonne nuit, à part un peu de bronchite. Tout se passe régulièrement du côté de la plaie et de la ligature, membre chaud. — Potion kermétisée et opiacée, bouillons, vin.

Le 15, l'amélioration continue. Pansement des deux plaies, dont l'état est des plus satisfaisants. Celle de l'aisselle ne fournit pas de sang. — Infusion de quinquina, quelques légers aliments.

Le 16, même état; même prescription.

Nous n'avons rien à noter depuis cette époque dans la marche de la plaie de la ligature. Le fil est tombé spontanément le 2 janvier, et la plaie était cicatrisée quelques jours après.

L'amélioration a été moins rapide du côté de l'aisselle, car la suppuration s'est prolongée pendant tout le mois de janvier. La partie postérieure de l'épaule étant tuméfiée et douloureuse, je me décidai à introduire avec beaucoup de douceur une sonde cannelée, afin d'établir en cet endroit une contre-ouverture, ce qui ne me fut pas possible. La sonde allait heurter contre le scapulum. Je dus alors me borner à établir en cet endroit une compression méthodique et à faire lever le malade, la position couchée favorisant beaucoup la stagnation du pus.

Grâce à ces moyens, la cicatrisation a pu être obtenue, et il ne restait de tous ces symptômes, le lundi 8 février, jour de la présentation du malade à la Société de médecine, qu'un certain degré de roideur dans l'articulation scapulo-humérale, dont l'exercice et les bains sulfureux des Pyrénées, que cet homme ira prendre la prochaine saison, feront, je l'espère, promptement justice.

L'exploration à laquelle j'ai pu me livrer, et qui m'a démontré une grande profondeur de la plaie, m'a fait me féliciter d'avoir pris la détermination que j'ai suivie. Je crois que j'aurais eu de sérieuses difficultés pour aller à la recherche de la lésion artérielle, et que je n'aurais pu y parvenir qu'au prix de délabrements considérables.

Je ne crois pas cependant qu'on puisse généraliser une pareille pratique. La ligature au-dessus et au-dessous de la lésion doit constituer la règle toutes les fois qu'elle peut être faite sans trop de difficultés. C'est en agissant conformément à ces principes que dans une circonstance j'ai lié l'artère fémorale, blessée dans l'anneau de l'adducteur,

alors qu'il m'eût été beaucoup plus facile de la lier au sommet du triangle.

C'est principalement pour les artères de l'avant-bras que ce précepte me paraît devoir être mis en pratique. La science possède, en effet, plusieurs faits dans lesquels des hémorrhagies successives ont obligé le chirurgien à pratiquer la ligature des artères radiale, cubitale, humérale. Dans certains cas on a été obligé de remonter à l'axillaire.

L'hémorrhagie peut continuer malgré l'application de la ligature et l'amputation du membre devenir ultérieurement nécessaire. J'ai été obligé de suivre cette conduite pour un fait que je crois devoir signaler sommairement à cause de sa rareté.

Un jeune homme fut admis à l'hôpital Saint André pour une plaie de l'avant bras, située à la partie moyenne, et produite par un couteau. Quelques jets de sang furent constatés par l'interne de garde, qui, à raison du siége de la blessure, pensa qu'il s'agissait d'une plaie de la cubitale. Un bandage compressif fut appliqué.

Quinze jours après environ, les hémorrhagies recommencèrent; elles furent fréquentes et abondantes; aussi le malade parvint-il rapidement à un état anémique prononcé. La ligature de la brachiale fut pratiquée par M. le docteur Bermond.

Les suites de cette opération furent des plus simples, mais le quarantième jour les hémorrhagies reparurent de nouveau, et cette fois par la plaie primitive et par celle de la ligature.

L'état du malade s'étant de nouveau compromis, et l'anémie du sujet ne permettant pas de compter sur une ligature placée plus haut, je pratiquai pendant la nuit l'amputation du bras. Cette opération fut couronnée de succès.

A l'autopsie, nous constatons une plaie de l'interosseuse antérieure.

Ce fait prouve que très-souvent les apparences sont trompeuses, et que l'application de la ligature des deux bouts, quoique devant, comme je l'ai déjà reconnu dans ce travail, constituer la méthode générale dans les plaies artérielles, peut rencontrer de sérieuses difficultés. Il est vraisemblable que si on eût voulu procéder ainsi dans ce dernier fait, n'ayant que des données trompeuses, et ne supposant pas la lésion de l'interosseuse, le chirurgien eût accompli une opération très-laborieuse et probablement sans résultat.

Séance du 19 mai 1858.

Présidence de M. Bouvier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Ponction vésicale. — M. Giraldès, à l'occasion du procès-verbal, donne des détails plus précis sur les résultats de la ponction vésicale. Il cite d'abord le relevé des faits de ponction recto vésicale publiés par M. Cock, de Londres, dans le XXXV[e] volume de *Medico-chirurgical Transactions*. Le mémoire de M. Cock repose sur 40 observations, dont 22 appartiennent à M. Cock lui même, 8 à M. Poland, 8 à M. Hilton, et 2 à d'autres chirurgiens. L'ouverture de la ponction recto-vésicale n'est pas restée fistuleuse une seule fois; six malades ont succombé, mais la ponction paraît avoir été étrangère à ce résultat, la mort ayant été la conséquence des infiltrations urineuses qui existaient avant l'opération. Mondières a publié, dans le numéro d'avril 1841 de la *Revue médicale*, une autre statistique comprenant 92 cas de ponction vésicale pratiquée soit par le rectum, soit par la région hypogastrique, soit à travers le périnée.

Voici le relevé de ces observations :

Ponction périnéale.

9 cas : succès.	6
Fistule persistante.	1
Hémorrhagie...	1
Mort..	1
	9

Ponction recto-vésicale.

28 cas : succès.	19
Fistules persistantes.	3
Infiltrations urineuses..	3
Abcès.	1
Morts.	2
	28

Ponction sus-pubienne.

55 cas : succès.	49
Fistules.	0
Infiltrations.	0
Morts.	6
	55

D'après cette dernière statistique, ce serait la ponction sus-pubienne qui aurait fourni la plus forte proportion de morts.

M. ROBERT pense que les faits dont M. Giraldès vient de présenter la statistique ne sont pas favorables à la ponction recto-vésicale. Il est frappé surtout de la fréquence des fistules persistantes, cet accident s'étant produit trois fois sur les 28 cas rassemblés par Mondières. Il ajoute que dans beaucoup de cas cette opération ne peut être pratiquée d'une manière méthodique. Chez les vieillards, la prostate est souvent très-volumineuse, et le doigt introduit dans le rectum ne peut en atteindre les limites supérieures. On ne peut donc diriger le trocart avec précision. On pique pour ainsi dire au hasard, en s'exposant à blesser les vésicules séminales, ou à pénétrer dans le péritoine, ou à traverser la prostate. Ce dernier accident serait moins grave que les autres; mais il est fâcheux, lorsqu on entreprend une opération, de ne pas savoir comment on l'exécutera.

M. DEMARQUAY a pratiqué trois fois la ponction sus-pubienne pour des rétentions d'urine produites par des tumeurs de la prostate. Les trois malades sont morts d'infiltration urineuse sous-péritonéale. Un autre malade, chez lequel la rétention d'urine dépendait d'un rétrécissement urétral, a été plus heureux ; il a survécu, et M. Demarquay a réussi à franchir enfin le rétrécissement.

M. GIRALDÈS répond à M. Robert qu'il n'a pas eu l'intention de faire l'apologie de la ponction recto-vésicale. Il n'a été conduit à parler de cette opération que pour prouver à M. Huguier que dans la rétention d'urine la vessie conserve ses rapports avec le rectum. Il fait remarquer toutefois que quelques-unes des objections de M. Robert sont purement théoriques, puisque sur les 40 cas de M. Cock le péritoine n'a pas été atteint une seule fois. Les six malades qui ont succombé ont été ouverts, et on a reconnu que le péritoine était intact. Une seule fois on a trouvé que la prostate avait été traversée par le trocart, et il n'en était résulté aucun accident particulier.

LECTURE.

Sur la guérison des abcès par résorption. — M. CHASSAIGNAC lit un mémoire sur ce sujet, et, après avoir insisté sur la grande rareté des cas où l'on est porté à croire que les abcès disparaissent par résorption, il se demande si les tumeurs qui guérissent ainsi sans ouverture sont réellement des abcès. Il pense que personne n'en a fourni la preuve. Des collections de liquides non purulents, ou de lymphe plastique pure et simple, peuvent présenter de la fluctuation et être prises pour des abcès. C'est ainsi que M. Chassaignac se rend compte des cas où des collections fluctuantes entrent en résolution. On objecte que certaines collections qui finissent par s'ouvrir et par verser du pus à l'extérieur, ont présenté dans leur volume des oscillations plus ou moins considérables ; mais ces diminutions passagères sont dues à la résorption du sérum, et non à la résorption des globules. Les globules, d'ailleurs, étant des corps solides, ne peuvent pas être absorbés. Suivant M. Chassaignac, si la résorption du pus était possible, le chirurgien devrait faire tous ses efforts pour s'y opposer, puisque l'introduction du pus dans le sang produit les accidents formidables de l'infection purulente. Ces accidents ne s'étant pas montrés dans les cas où l'on a pu croire qu'un abcès s'était résorbé, M. Chassaignac en conclut que les collections n'étaient pas purulentes.

M. RICHARD pense que l'opinion de M. Chassaignac repose sur une idée préconçue entièrement fausse. Les particules solides, en effet, ne sont pas inabsorbables ; elles se liquéfient préalablement, et sont ensuite emportées par la circulation. Ce phénomène se produit incessamment dans le travail de la nutrition. La résolution des tumeurs solides, celle des foyers sanguins, s'effectuent par un mécanisme analogue. Il n'y a donc pas de raison pour que les foyers purulents ne puissent pas se résorber aussi.

L'expérience confirme cette donnée théorique. Il n'est pas rare de voir guérir sans ouverture les petits abcès tubéreux de l'aisselle et de l'aréole mammaire, chez des personnes qui ont eu à la même époque, et dans la même région, des abcès bien caractérisés, dont le contenu purulent a été évacué à l'extérieur. M. Richard a vu ainsi sur lui-même de petits abcès tubéreux de l'aisselle disparaître par voie de résorption.

Dans certaines maladies, dans le farcin chronique, par exemple, on voit souvent des abcès gros comme des œufs de pigeon se résoudre entièrement en moins de vingt-quatre heures. Les gommes syphiliti-

ques ramollies, qui ne sont pas de véritables collections purulentes, mais qui ont beaucoup d'analogie avec les abcès, se dissipent très-souvent à la faveur d'un traitement interne par l'iodure de potassium. Il n'est pas très-rare de voir, à la suite d'une ponction, des abcès chauds ou froids guérir par réunion immédiate. Il est certain cependant que la ponction n'a pas évacué tous les globules de pus; il faut donc que les globules non évacués aient été résorbés. Enfin les cas d'abcès par congestion, guéris sans ouverture, sont parfaitement authentiques et ne sont même pas fort rares. Les observations rapportées dans le travail de M. Bouvier ne laissent à cet égard aucun doute.

M. HUGUIER repousse entièrement l'opinion de M. Chassaignac. Il n'est personne qui n'ait vu des abcès disparaître spontanément. Cela n'est pas rare dans les bubons inguinaux. Cette heureuse terminaison toutefois n'est pas assez fréquente pour que les chirurgiens doivent chercher systématiquement à éviter l'ouverture des abcès, parce que, en vue d'une éventualité douteuse, on s'exposerait à divers accidents qu'il vaut mieux éviter en évacuant le pus. M. Chassaignac objecte que, lorsqu'un abcès se résorbe, on n'a pas la preuve matérielle que ce soit un abcès purulent. Sans doute le pus n'est pas, comme les corps métalliques, susceptible d'être retrouvé dans les excrétions par l'analyse chimique; mais la chimie ne retrouve pas davantage le principe de la rage, ni celui de la syphilis, dont l'existence cependant n'est pas douteuse. Le diagnostic des abcès est suffisamment positif dans beaucoup de cas pour qu'on soit en droit d'admettre l'existence du pus aussi certainement que si on l'avait vu.

M. VERNEUIL reproduit une observation qu'il a déjà mentionnée dans la discussion sur les injections iodées. C'est celle d'une petite fille qu'il a traitée à l'hôpital des Enfants pour une tumeur fluctuante, grosse comme le poing, et située au milieu de la cuisse. Cette collection était bien positivement purulente. Elle a disparu en trois semaines par suite d'applications locales de teinture d'iode sur la peau.

Dernièrement M. Verneuil a traité à l'Hôtel-Dieu une femme qui présentait quatre abcès de l'aisselle. Deux de ces abcès furent ouverts, ils renfermaient du pus. La malade, fort pusillanime, refusa de laisser ouvrir les deux autres, qui fluctuaient aussi manifestement que les premiers, et qui se résorbèrent spontanément. Les épanchements purulents des séreuses et des articulations se dissipent fréquemment sous l'influence des vésicatoires volants. La résorption des globules de pus ne peut donc pas être mise en doute. M. Verneuil ajoute d'ailleurs que l'exemple des gommes syphilitiques invoqué par M. Richard n'est pas

concluant, attendu que ces gommes renferment des corpuscules qui n'ont avec le pus aucune ressemblance.

M. MOREL LAVALLÉE est en mesure de fournir la preuve matérielle que demande M. Chassaignac. Il a eu l'occasion de traiter à la Charité une série d'hygromas aigus. Plusieurs de ces tumeurs ayant guéri sans ouverture par l'application de vésicatoires volants, M. Morel-Lavallée voulut s'assurer que c'était bien du pus qui disparaissait ainsi par résorption.

Il fit donc sur un nouveau malade, atteint d'hygroma aigu prérotulien, une ponction exploratrice; il retira seulement quelques gouttes d'un liquide opaque, dont la nature purulente fut constatée par l'analyse chimique. Il laissa le reste de la collection dans le foyer, et fit appliquer des vésicatoires volants. La guérison fut ainsi obtenue sans nouvelle ouverture. La résolution fut complète; les parties revinrent tout à fait à l'état normal. Il ne resta aucune induration, aucun engorgement; on n'avait donc pas la ressource de dire que les globules avaient échappé à la résorption et avaient persisté à l'état de masse solide. Au surplus, quand même il resterait à la place du foyer un petit noyau solide inappréciable, le clinicien aurait toujours le droit de dire qu'il a vu un abcès guérir sans ouverture; c'est là le point essentiel. M. Chassaignac pense que si le pus se résorbait, il donnerait lieu à des accidents d'infection purulente. Mais ces accidents ne se montrent que lorsque les globules de pus sont introduits dans le sang à l'état de globules, et dans la résorption des abcès les globules commencent par se dissoudre avant de se laisser absorber.

M. DEGUISE se prononce également contre l'opinion de M. Chassaignac. Il a vu plusieurs fois des abcès disparaître par résorption. Il trouve que M. Chassaignac, dans son argumentation, n'a pas toujours montré la même sévérité. Lorsqu'on lui cite un cas de résorption d'abcès, il demande la preuve matérielle, physique de l'existence du pus dans la tumeur qui a guéri, et comme cette preuve absolue ne peut être donnée, puisque personne n'a vu le pus, il prétend que la nature purulente de la collection n'a pas été démontrée. Mais il est beaucoup plus indulgent pour les explications qu'il donne lui-même. Ainsi, lorsqu'un abcès présente des oscillations de volume, M. Chassaignac avance que la diminution temporaire ou définitive de la tumeur est due à la résorption de la sérosité, et que les globules ne sont pas absorbés. M. Deguise se croit en droit de demander à son tour la preuve physique de cette assertion.

M. CHASSAIGNAC répond à M. Richard qu'il a été conduit à son

opinion par l'observation et non par la théorie. Il a d'abord constaté que les abcès bien caractérisés ne se résorbaient pas; il a cherché l'explication de ce fait, et c'est alors seulement qu'il a eu recours à des arguments physiologiques. Quoique la résorption des abcès soit mentionnée par beaucoup d'auteurs, les observations en sont très-rares, et elles ne sont pas accompagnées de preuves suffisantes. La fluctuation et les autres symptômes que l'on a constatés ne sont pas des preuves rigoureuses. Chez un malade atteint d'angioleucite, M. Chassaignac a ouvert deux collections tout à fait semblables entre elles, et qu'il croyait purulentes toutes deux. Dans l'une il a trouvé du pus, dans l'autre seulement de la lymphe plastique. Il a vu également des bubons inguinaux qu'il a ouverts, et d'où il n'a retiré que de la lymphe plastique. Les cas cités par M. Huguier rentraient peut-être dans cette catégorie. D'ailleurs, il ne faut pas croire que tous les abcès inguinaux qui ont guéri par les vésicatoires soient réellement résorbés. Lorsqu'on applique des vésicatoires au sublimé corrosif, on produit fréquemment sur la peau amincie de petits trous capillaires presque invisibles, à travers lesquels le pus s'écoule, et on confond aisément cet écoulement avec la suppuration du vésicatoire. M. Chassaignac ajoute que parmi les faits qui lui ont été opposés, il n'y en a qu'un seul qui ait une valeur démonstrative; c'est celui de M. Morel-Lavallée; mais ce fait est unique jusqu'ici, et M. Chassaignac, avant de renoncer à son opinion, attendra qu'on lui en cite un plus grand nombre.

M. BROCA voudrait savoir ce que M. Chassaignac désigne sous le nom de collections de lymphe plastique. Si ce sont les amas de matière jaunâtre, concrète, à demi solide, qu'on trouve au centre des ganglions inguinaux dans les bubons commençants, M. Broca s'est assuré que cette substance, qui effectivement est susceptible de se résorber, renferme une énorme quantité de globules de pus. Il craint donc que la distinction établie par M. Chassaignac entre les collections de pus et les collections de lymphe plastique ne soit tout à fait illusoire.

M. CULLERIER affirme que depuis qu'il traite les bubons par la méthode de M. Sirus Pirondi, c'est-à-dire par les vésicatoires suivis d'applications de teinture d'iode, il obtient la résorption du pus et la guérison sans ouverture dans les neuf dixièmes des cas. Le vésicatoire ne réussit pas constamment, mais même dans les cas où il paraît avoir échoué, il exerce quelquefois une influence manifeste sur la résorption des globules de pus; en effet, lorsqu'on vient à ouvrir la collection, on en retire non pas du pus ordinaire, mais un pus modifié, et renfermant une très-grande quantité de sérosité.

M. CHASSAIGNAC se sent ébranlé par les faits nombreux de M. Cullerier. Il est donc disposé à admettre que des collections purulentes inguinales peuvent se résorber, mais il maintient que cette heureuse terminaison ne s'observe pas dans les autres régions. Il y a peut-être là quelque condition particulière, comme dans le cas d'onyx et d'hypopion. Il est bien certain en effet que le pus de la chambre antérieure de l'œil peut se résorber, puisqu'on le voit diminuer chaque jour et disparaître entièrement; mais c'est peut-être parce que l'humeur aqueuse a la propriété de dissoudre à la longue les globules purulents.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur myéloïde de la mâchoire inférieure. — M. VERNEUIL présente une tumeur de la mâchoire inférieure, qu'il a enlevée récemment à l'Hôtel-Dieu sur une femme de trente-deux ans, paraissant d'ailleurs de la plus belle santé. Cette tumeur avait débuté sur le bord supérieur de la moitié droite du maxillaire inférieur, et après avoir fait tomber quelques dents, elle faisait saillie au-dessus du niveau des gencives. Un médecin excisa la partie la plus saillante de cette tumeur, qui continua à s'accroître après cette opération partielle. M. Verneuil a cru devoir pratiquer une opération plus radicale, et il a enlevé complétement le côté gauche du maxillaire, depuis la canine gauche jusqu'au condyle inclusivement. La tumeur, parfaitement limitée au squelette, présente un volume supérieur à celui d'un œuf de poule. Elle s'étend en avant jusqu'au niveau de la canine; en arrière, jusqu'au voisinage de l'angle de la mâchoire. En bas, elle se confond avec le corps du maxillaire; en haut et en arrière, elle s'élève notablement au-dessus de la surface de l'os, en soulevant et distendant la gencive, qui ne lui adhère pas et qui lui forme une enveloppe mince et lisse. Cette tumeur est extrêmement dure. Un trait de scie vertical pratiqué suivant l'axe de l'os permet d'en étudier les rapports et la structure. Elle se compose de deux parties; la première, centrale, osseuse, presque éburnée, d'une dureté bien supérieure à celle du tissu compacte ordinaire, et continue sans interruption avec le tissu propre du maxillaire, qui est éburné aussi; la seconde, corticale, très-dense et très-ferme, et présentant la consistance des tumeurs fibreuses, quoiqu'on n'y aperçoive point de fibres distinctes, soit à l'œil nu, soit au microscope. La partie osseuse est disposée sous forme de masses irrégulières, de végétations inégales, anfractueuses, dont les intervalles sont occupés par des prolongements de la substance corticale. Celle-ci possède une vascularité assez prononcée; sa couleur est d'un gris rougeâtre.

L'examen microscopique prouve qu'elle se compose exclusivement de *plaques à noyaux multiples*, élément homœomorphe, qu'on trouve à l'état normal dans la cavité médullaire des os longs, surtout chez les très-jeunes enfants.

Ces tumeurs ont, d'après cela, été désignées sous le nom de tumeurs myéloïdes. Elles se développent habituellement dans les os, et les mâchoires en sont le siége de prédilection. Elles sont ordinairement bénignes ; quelques faits cependant tendent à prouver qu'elles peuvent, par exception, affecter une marche maligne.

M. Verneuil donne en terminant quelques renseignements sur le procédé opératoire qu'il a suivi. Il a pratiqué sur la joue l'incision légèrement curviligne du procédé de M. Huguier. Après avoir disséqué le corps du maxillaire et dégagé la tumeur, il a scié l'os en avant de la dent canine ; puis, ayant coupé avec le bistouri les attaches du ptérygoïdien interne, et avec les ciseaux courbes celles du muscle temporal, il a terminé l'opération en arrachant l'os dans son articulation condylienne, suivant le procédé adopté par M. Maisonneuve.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, P. Broca.

RAPPORT DE M. MOREL-LAVALLÉE

SUR UN MÉMOIRE CONCERNANT LA LUXATION DE L'ÉPAULE DIRECTEMENT EN HAUT,

Par M. Bourguet, chirurgien en chef de l'hôpital d'Aix.

(Lu à la Société de chirurgie dans sa séance du 12 mai 1858.)

Un aperçu historique est une manière aussi intéressante que naturelle d'entrer en matière. On aime à suivre la marche de la science sur le point limité qu'on étudie, à comparer entre elles les opinions des anciens maîtres. Cette revue rétrospective, outre le piquant attrait de confirmer de temps en temps une découverte moderne, offre souvent des enseignements d'une haute portée et surtout d'un grand sens pratique. Mais ce n'est point sur une question en quelque sorte anatomique, comme celle qui vous est soumise, où est venue s'échouer toute l'exactitude des observateurs contemporains, qu'on peut deman-

der à l'antiquité des éclaircissements bien précieux, la pierre d'attente qu'elle a tant de fois posée dans des œuvres d'un autre genre.

En effet, les quelques mots qu'elle consacre à la luxation du bras en haut sont si vagues qu'ils laissent de l'incertitude jusque sur la signification précise qu'elle attachait à cette dénomination.

Le père de la médecine avoue qu'il n'a jamais rencontré cette lésion, et sans en contester formellement l'existence, il ajoute « qu'il aurait pourtant quelque chose à dire sur ce sujet (1) » : réticence regrettable, qui, si elle n'est pas une négation, fait au moins une large part au doute.

Depuis Hippocrate, et à notre époque spécialement, on est sorti de cette réserve un peu ténébreuse. Préoccupés de l'obstacle que devait opposer à la luxation en haut la présence de l'acromion, de l'apophyse coracoïde et de la clavicule, les chirurgiens ont proclamé l'impossibilité de ce déplacement. Cette doctrine est arrivée jusqu'à nous généralement, religieusement acceptée. Depuis longtemps, toute tentative ayant pour objet d'établir la réalité de cette dislocation, tout exemple nouveau cité à l'appui étaient accueillis à peu près comme la solution du problème de la quadrature du cercle et du mouvement perpétuel. Cependant M. Laugier, il y a plusieurs années, et M. Malgaigne plus récemment, ont attaqué, les faits en main, cette doctrine jusqu'ici respectée.

Aujourd'hui M. Bourguet vient joindre ses efforts à ceux de ses deux célèbres devanciers ; c'est à vous qu'il appartient de juger s'ils ont été couronnés de succès.

M. Bourguet, après un court historique qui marque son point de départ, divise son sujet en deux parties : la première traite de la luxation complète du bras en haut, la seconde de la luxation incomplète. Dans toutes deux, la marche de l'auteur est la même ; il commence par l'exposition et la discussion des faits qui lui sont personnels, et cherche ensuite à les étayer par quelques observations empruntées à des praticiens de nos jours.

Nous analyserons tous ces faits en les reproduisant dans ce qu'ils ont d'essentiel ; puis nous essayerons de les apprécier, d'abord à l'aide de leurs propres caractères, ensuite par le rapprochement de quelques cas qui ont échappé à l'auteur ; enfin avec le contrôle de l'expérimentation cadavérique.

---

(1) Hippocrate, *OEuvres comp.*, *des Art.*, ch. 1er, § I.

§ I. — LUXATION COMPLÈTE.

M. Bourguet vous a présenté deux observations qu'il a recueillies à deux ans d'intervalle.

Obs. I. — Une jeune fille de dix-neuf ans, dans une attaque d'épilepsie, étend convulsivement le membre supérieur gauche, en appuyant avec force la main contre une table.

Le premier médecin consulté méconnut d'abord la lésion, et se borna à prescrire un vésicatoire. C'est en pansant ce vésicatoire environ six mois après l'accident, que la mère de la jeune fille fut frappée de la difformité de l'épaule. Le médecin, dont l'attention est attirée de ce côté, reconnaît enfin la nature du mal. Tentatives infructueuses de réduction, tentatives qui, renouvelées bientôt après avec l'aide d'un confrère, échouent également. M. Bourguet est appelé et constate les symptômes suivants : douleurs continuelles dans l'épaule, qui font la principale préoccupation de la malade.

L'attitude a été négligée par l'auteur.

Mouvements. — Il a également omis la distinction des mouvements en actifs et en passifs, en sorte qu'il reste sous ce rapport quelque incertitude dans l'interprétation de sa pensée. Le coude, dit-il, peut être rapproché du corps ; à quel degré en était-il écarté ? c'est ce qu'on a oublié de noter.

L'adduction et l'élévation sont extrêmement bornées ; impossibilité de porter la main à la tête. L'abduction et la rotation, bien qu'un peu moins diminuées, ne permettent pas cependant à la malade de porter la main derrière le dos pour s'habiller et se déshabiller.

Déformation. — Aplatissement du moignon de l'épaule ; relâchement du deltoïde, qui est dirigé obliquement d'arrière en avant et de haut en bas ; saillie de l'acromion surtout en arrière. « Un creux très-marqué existe immédiatement au-dessous de cette apophyse, où le doigt s'enfonce avec facilité, et vacuité complète de la cavité glénoïde.

La tête de l'humérus, facile à reconnaître à la simple vue à cause du relief considérable qu'elle forme sous la peau, est située en dedans de l'acromion, au-dessous et en avant de l'extrémité de la clavicule, qu'elle déborde en avant de plus de cinq centimètres, au-dessus et en avant de l'apophyse coracoïde. Elle forme dans ce point une tumeur sphérique en continuité évidente avec l'humérus, dont elle partage les mouvements. Elle est tellement rapprochée de la face inférieure de la clavicule et du bord antérieur de l'acromion, qu'il est impossible de

loger l'extrémité du petit doigt entre elle et ces saillies osseuses. Elle masque l'apophyse coracoïde, qui ne peut être sentie La paroi antérieure de l'aisselle est raccourcie de 9 à 10 millimètres, et la distance de l'acromion à l'épicondyle diminuée de 12 millimètres. Même situation des deux omoplates. Enfin, si haut qu'on engage les doigts dans l'aisselle, on ne peut y sentir la tête humérale.

Tentatives de réduction très-variées à l'aide du chloroforme.

1° Pendant les tractions, le chirurgien, en même temps qu'il s'efforce de refouler la tête humérale en bas, essaye de la ramener en avant avec un lacs en anse passé autour de son cou et sous la partie supérieure du bras : insuccès.

2° On recourut ensuite successivement à des tractions horizontales, obliques en avant, obliques en arrière, au mouvement de bascule sur le genou; tout fut inutile.

Une première remarque à faire ici, c'est qu'il s'agit non pas d'un accident récent, mais d'une affection ancienne datant de six mois. Les caractères primitifs si précieux de la lésion, tels que l'état des surfaces articulaires, la mobilité anormale, la crépitation ou l'absence de ce symptôme, etc., ont eu le temps de s'altérer, de s'effacer, tandis que des apparences résidentes, résultant d'une arthrite ou du travail du cal, ont pu se produire.

Nous avouerons d'abord qu'il nous est impossible de comprendre une luxation complète en haut, sus-coracoïdienne, où la tête humérale reste inférieure à la clavicule, et où le bras n'est raccourci que de 12 millimètres; plus loin nous dirons pourquoi.

Deux autres hypothèses se présentent d'ailleurs, qui rendent l'une et l'autre mieux compte des symptômes : celle d'une arthrite chronique et celle d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

L'*arthrite chronique* amène très-bien l'aplatissement de l'épaule, d'abord par l'amaigrissement, puis par une rétraction inégale de la capsule fibreuse qui retient la tête humérale sous la partie interne de la voûte, et détermine ainsi une dépression à la partie externe, enfin quelquefois par l'absorption partielle des surfaces articulaires. Un léger raccourcissement s'explique de même. La tête devient, non pas plus saillante, mais plus apparente, en raison de l'affaiblissement produit par l'amaigrissement dans les parties molles qui la recouvrent. Tous les éléments incontestables de l'observation précédente appartiennent donc à l'arthrite. Rappelons encore que ces douleurs articulaires, restées assez vives au bout de six mois pour faire la principale

préoccupation de la malade, sont singulièrement favorables à la présomption d'une phlegmasie de la jointure.

L'hypothèse d'une *fracture* est moins plausible que celle d'une arthrite, mais elle l'est bien plus encore que celle de la luxation. N'y a-t-il pas, en effet, des cas où la fracture étant très-élevée, le fragment inférieur se porte en avant et en haut et simule ainsi le déplacement de la luxation? Et si la fracture est en rave, le volume de ce fragment ne peut-il pas, à travers les parties molles qui en dissimulent les inégalités et lui donnent une sorte de rondeur, en imposer pour la tête humérale? De plus, dans cette fracture, la tête refoulée en dedans peut aussi laisser une dépression sous l'acromion, etc.

Nous craignons donc que l'arthrite chronique ou la fracture, mais surtout la première de ces lésions, ne balance dans l'esprit du chirurgien le diagnostic de l'auteur.

M Burguet rapproche de ce cas une observation recueillie par M. le professeur Malgaigne. et qui est en effet presque identique. Il a bien senti toute la force qu'il pouvait emprunter de cette analogie. Seulement peut-être aurait-il mieux fait de reproduire en entier l'observation, que de se borner à la citer en quelques lignes. C'est au moins notre devoir à nous, qui en contestons la signification. La voici :

Obs. II. — Un homme de soixante-trois ans, de peu d'embonpoint, tombe d'une voiture de fagots sur le moignon de l'épaule droite, le bras serré contre la poitrine; il ne saurait dire si le membre était ou non dirigé en avant ou en arrière.

Il ne pouvait remuer le bras, et chaque tentative de ce genre déterminait de vives douleurs. Il se confie d'abord à un rebouteur, et ce n'est que deux mois et demi après l'accident qu'il se présente au chirurgien de Saint-Louis.

« L'épaule offrait une déformation singulière. Le moignon était aplati comme dans la luxation ordinaire; le doigt s'enfonçait dans un creux situé immédiatement au-dessous de l'acromion, et la cavité glénoïde était évidemment vide. Il était facile, en outre, de sentir en arrière et en dehors les deux bords correspondants de l'acromion, de même que son angle antérieur.

» C'était en avant et presque immédiatement au-dessous de la clavicule que se voyait et se sentait une énorme saillie dure, sphérique, continue avec la flèche de l'humérus, obéissant à tous les mouvements imprimés à cet os, et qui était évidemment la tête humérale.

Elle répondait donc en dehors au bord antérieur et interne de l'acro-

mion, en haut à la face inférieure de la clavicule, et à peine si on pouvait insinuer le bout du doigt entre elle et ces deux parties. La saillie extérieure était telle qu'elle débordait de 6 *centimètres* la face antérieure de la clavicule (le bord sans doute).

Elle était d'ailleurs si superficielle, qu'elle paraissait en certains points sous-cutanée. Une épingle enfoncée jusqu'à l'os, à la partie qui faisait le plus de relief, ne donna pour les chairs que 8 millimètres d'épaisseur; un peu plus en dedans l'épaisseur était moindre encore et fut trouvée de 6 *millimètres*.

En faisant contracter le deltoïde et le grand pectoral, on s'assure que la tête humérale correspondait à leur interstice et qu'elle écartait leurs bords de 2 centimètres, intervalle dans lequel elle n'était recouverte que par les ligaments.

« Il n'y avait donc pas de doute; la tête humérale s'était portée en avant et en haut par-dessus le ligament acromio coracoïdien et l'apophyse coracoïde. Cette apophyse, masquée par la tête humérale, était impossible à sentir; du côté sain elle est fort enfoncée et à 3 centimètres à peu près en avant du bord de la clavicule. Nous mesurâmes la position de la tête par rapport aux deux articulations claviculaires. La clavicule ayant 17 centimètres de longueur, le point le plus interne de la tête luxée était à 9 centimètres de l'articulation sterno-claviculaire et à 8 centimètres de l'articulation acromiale. Du côté gauche, entre la saillie naturelle de la tête humérale et l'articulation sterno-claviculaire, on mesurait un peu plus de 13 centimètres.

» Après ces recherches sur la position de la tête elle-même, il fallait examiner la disposition des parties voisines.

» A première vue, le bras paraissait raccourci; et, en effet, on voyait le sommet de la tête dépasser en haut le sommet de l'acromion. Cependant, la mensuration du bras, de même que celle de la paroi antérieure de l'aisselle, n'indiquent pas plus de 1 centimètre d'accroissement.

» L'aisselle était absolument vide et libre, si haut qu'on pût porter le doigt.

» Le coude n'était pas notablement écarté du corps, et un ruban tendu de l'angle postérieur de l'acromion à l'épicondyle ne s'écartait pas même de 1 centimètre du point d'insertion du deltoïde, tandis que du côté sain l'écartement dépassait 1 centimètre.

» Il n'y avait pas de rotation anormale; l'épitrochlée et l'épicondyle étaient dans les mêmes rapports que du côté sain; l'omoplate était dans la même position à droite qu'à gauche.

» Une fois débarrassé d'une écharpe que le rebouteur avait placée après ses vaines tentatives de réduction, le malade avait vu les mouvements revenir peu à peu.

» Il pouvait porter le bras dans la rotation en dedans, et assez pour croiser la main derrière le dos ; il était parvenu à lever le bras en dehors presque jusqu'à l'angle droit, de manière à mettre facilement la manche de son habit. C'était surtout dans ce mouvement que la portion interne de la tête soulevait les téguments, sous lesquels elle paraissait à nu. Tout cela ne se faisait pas sans quelques douleurs à l'épaule, et ces douleurs revenaient même spontanément la nuit...

» Le véritable siége de la tête luxée était donc le ligament coraco-acromien, et en avant et au-dessus de l'apophyse coracoïde elle-même; je la nommerais volontiers *luxation sus-coracoïdienne.* »

M. Malgaigne essaya la réduction; et malgré d'énergiques efforts habilement dirigés, il ne réussit pas. (V. *Rev. méd. chir.*, t. V, p. 30.)

Vous l'avez remarqué, cette observation est passible des mêmes objections que la précédente : ancienneté de la lésion avec ses conséquences possibles, douleur dans les mouvements, douleur revenant même spontanément la nuit ; position de la tête humérale à 5 centimètres en avant du bord antérieur de la clavicule et *au-dessous* de cet os ; tout ce que nous avons noté dans le cas de M. Bourguet se retrouve dans celui de M. Malgaigne, et vous avez vu que le savant chirurgien de Saint-Louis tire de ces caractères le diagnostic suivant:

« Le véritable siége de la tête luxée, dit-il, était donc sur le ligament coraco-acromien, en avant et au-dessus de l'apophyse coracoïde elle-même; je la nommerai volontiers *luxation sus-coracoïdienne.* »

Nous répéterons que la situation de la tête humérale à la fois au-dessus de l'apophyse coracoïde et au-dessous de la clavicule est physiquement impossible.

On sent qu'une raison de cet ordre ne me permettait pas de me ranger au diagnostic de M. Malgaigne, malgré tout mon respect pour une autorité si compétente.

Selon nous, il s'agissait encore d'une arthrite chronique, ou d'une fracture de l'extrémité humérale.

Obs. III. — Le second fait recueilli par M. Bourguet est intéressant au point de vue des lésions multiples déterminées dans le même membre par une chute de la hauteur d'un deuxième étage : ce sont une fracture de l'avant-bras, une luxation du coude en arrière, et enfin à l'épaule, ce que l'auteur a décrit comme une luxation en haut. Mal-

heureusement, sous ce dernier rapport, ce cas n'est pas plus concluant que les précédents, et il leur ressemble tellement que nous ne saurions le discuter sans tomber dans des répétitions fastidieuses.

Dans tous, selon nous, les symptômes attribués à une prétendue luxation en haut se prêtent à une interprétation plus légitime.

Mais, me dira-t-on peut-être, il y a un signe sur lequel M. Bourguet et M. Malgaigne lui-même ont beaucoup insisté, et dont vous ne tenez pas assez compte ; c'est, suivant leur propre expression, cette saillie *considérable, énorme*, que forme la tête humérale à *cinq ou six centimètres* en avant du bord antérieur de la clavicule. Il y a là, nous en convenons, quelque chose qui nous embarrasse beaucoup ; car, d'après les nombreuses mesures que nous avons prises à l'hôpital, cette distance de 5 à 6 centimètres serait précisément l'état normal, bien qu'on rencontre assez souvent encore 4 centimètres. Admettra-t-on que, sous l'influence d'une préoccupation, ces habiles observateurs s'en soient laissé imposer par quelque disposition d'ailleurs insolite des parties ? Il est bien vrai qu'on ne paraît point avoir songé à contrôler cette donnée par une mensuration comparative des deux épaules ; mais en présence d'un maître comme M. Malgaigne, nous ne pouvons que lui soumettre à lui-même cette difficulté.

Et ce qui n'est pas le moins singulier dans tout ceci, c'est que dans la luxation en haut, la distance de la tête humérale au bord antérieur de la clavicule ne change pas ; elle reste la même qu'à l'état sain. C'est au moins ce qui ressort de nos expériences.

Nous avons étudié expérimentalement la luxation de l'épaule en haut sur seize articulations, et le résultat a été dans tous les cas sensiblement identique.

Voici ce que nous avons constaté, à notre premier examen même, quant à la distance normale du bord antérieur de la clavicule à la tête humérale, ou plutôt à la partie antérieure de cette tête, — car c'est évidemment ainsi que tout le monde l'a compris et qu'on devait le comprendre : — les parties molles intactes, et le bras pendant sur le côté, le coude un peu en arrière, dans l'attitude de la luxation, cette distance était de 6 centimètres. Si le bras était parallèle au tronc, on avait encore 5 centimètres. En portant le bras directement en avant, presque à angle droit avec la poitrine, on obtenait à peine 2 centimètres. C'est que dans ce mouvement, la tête et la grosse tubérosité qui concourt avec elle à former la tumeur, se rapprochent graduellement de la clavicule en s'enfonçant sous la voûte acromio-coracoïdienne. Ainsi, cette distance augmente dans l'extension du bras en arrière, et

diminue, tend à s'effacer dans la flexion en avant. Pour en apprécier le degré, on sent de quelle importance il est de noter exactement l'attitude du membre, précaution jusqu'ici négligée.

Nous avons d'ailleurs procédé de la manière suivante à l'étude expérimentale de la luxation elle-même :

1° Dissection d'un lambeau deltoïdien qui met, en se renversant, l'articulation à découvert;

2° Incision *verticale* de la capsule fibreuse dans toute sa hauteur, incision qui a toujours été insuffisante pour laisser passer la tête de l'os malgré les plus grands efforts; débridement *bilatéral* de la capsule porté au point de ne respecter que son quart postérieur.

3° La luxation n'est encore généralement possible qu'à deux conditions: *a* la section de la longue portion du biceps; — cependant une forte rotation du membre en dedans ou en dehors peut faire glisser le tendon sur le côté opposé de la tête, à laquelle il permet alors de s'échapper en haut; *b* avec la rupture ou la déviation du tendon de la longue portion du biceps, il faut encore une incision d'environ un centimètre sur le bord supérieur des deux tendons insérés aux tubérosités. On pense bien que l'exagération de l'une de ces incisions pourrait suppléer à l'insuffisance ou même à l'absence de l'autre.

4° Alors une impulsion de l'humérus en haut porte sa tête sur le ligament acromio-coracoïdien. Une légère rotation en dedans met à cheval le col anatomique sur le bord antérieur de ce ligament et donne de la stabilité au déplacement. Une rotation en dehors ferait appuyer l'extrémité osseuse par la grosse tubérosité sur le ligament acromio-coracoïdien; mais la tubérosité ne peut s'accrocher au ligament que par le tronçon du tendon commun de ses muscles. Il est nécessaire que cette rupture soit au moins partielle; intact, ce tendon glisse par sa surface unie sur le ligament de la voûte comme sur une poulie de renvoi et rejette en avant l'extrémité osseuse, qui retombe dans la cavité glénoïde. A plus forte raison le même phénomène se reproduit-il dans la luxation par rotation forcée en dedans, qui place la petite tubérosité et le tendon du sous-scapulaire sur le ligament coraco-acromien.

Nous disons toujours sur le *ligament de la voûte*, car c'est là que la tête se porte naturellement. Placée sur l'acromion ou l'apophyse coracoïde, elle glisse immédiatement dans leur intervalle. Plutôt que de se maintenir, comme on l'a prétendu, sur le bec coracoïdien, elle se jetterait en dedans de cette apophyse, en croisant le triple faisceau musculaire qui s'y rattache.

Dans ces diverses positions, la tête humérale, ou plus exactement sa

partie inférieure, est presque contiguë à la clavicule. Dans la luxation par rotation en dedans, le col anatomique étant à cheval sur le ligament de la voûte, la base de la tête touche le bord antérieur de la clavicule, ou recule même sensiblement sur lui.

La tumeur que forme la tête recouverte des parties molles déborde la clavicule en avant de 4 à 6 centimètres; c'est absolument comme à l'état normal; — nous l'avions déjà dit.

La voûte s'avançant sur la cavité glénoïde, il semble que la tête humérale ne puisse remonter et venir appuyer sur cette voûte, sans se projeter en avant, sans s'éloigner du bord claviculaire. C'est là cependant un point incontestable, et il s'explique : à l'état normal, l'extrémité osseuse repose par sa partie renflée, par les grands diamètres de sa tête sur la cavité glénoïde; tandis que, dans la luxation, c'est par sa partie rétrécie, par son col anatomique, qu'elle touche le bord de la voûte.

Ces deux conditions se compensent et montrent comment, tout en se déplaçant en avant, la tête humérale n'est pourtant pas devenue plus antérieure que lorsqu'elle se cachait sous la voûte.

Donc, si cette saillie de 4 à 6 centimètres de la tête humérale en avant ne prouve pas que la luxation existe, elle ne prouve pas davantage qu'elle n'existe point.

Mais l'extrémité articulaire de l'humérus ne pouvait se superposer à la voûte sans s'élever de presque toute sa hauteur au-dessus du niveau de la clavicule. En effet, la tumeur osseuse étant, comme sur le vivant, recouverte des parties molles, cette élévation n'a pas moins de 5 à 6 centimètres. — La section ou la déchirure du ligament coraco-acromien ne change rien à cette disposition, si ce n'est qu'il y a moins d'élasticité et plus de fixité dans la situation de la tête osseuse déplacée.

De là cette conséquence péremptoire que, dans tous les cas jusqu'ici publiés, la luxation était imaginaire, puisque dans tous la tête humérale était *au-dessous* de la clavicule.

D'où vient donc que cette luxation, qui se produit aisément à l'amphithéâtre, ne se soit pas encore rencontrée en clinique? Peut-être de l'attitude défavorable du bras dans les violences extérieures qui portent ou réagissent sur l'épaule; sans doute aussi de ce que cette lésion est prévenue par d'autres plus faciles. Cette différence reconnaît surtout une autre cause : l'extrême difficulté, la presque impossibilité qu'éprouve la tête humérale, non pas, comme on l'a dit, à franchir la voûte acromio-coracoïdienne, mais à s'y maintenir. Aucun trousseau

de la capsule échappé à la rupture ne tend à l'y fixer. Les muscles des deux tubérosités refoulent, il est vrai, l'extrémité osseuse en arrière sur le bord de la voûte, mais ils agissent bien plus efficacement pour la ramener en bas. Comme elle n'est, d'ailleurs, que faiblement retenue par des inégalités ostéo-fibreuses, elle retombe et se réduit d'elle-même.

Ainsi la clinique, la clinique sévère, n'a point d'exemple de la luxation complète du bras directement en haut, et l'expérimentation la montre à peu près impossible.

§ II. Luxation incomplète.

M. Bourguet a-t-il été plus heureux ici ? Le fait qu'il a recueilli et les cas analogues à l'aide desquels il croit avoir établi l'existence de cette lésion, ont-ils la signification qu'il leur attribue ?

Examinons, et commençons par l'observation qui lui est propre. Nous n'en donnerons que la substance, afin d'abréger ce rapport déjà trop long.

Obs. IV. — Un jeune homme de dix-sept ans se fait, dans une chute sur la main, une fracture de l'extrémité inférieure du radius, et à l'épaule une blessure qui s'accompagne d'un gonflement très-considérable.

Le médecin qui fut d'abord consulté négligea cette dernière lésion. Après la guérison de la fracture du radius, le malade, frappé de la persistance de la déformation de l'épaule et de la gêne qu'il éprouvait dans les mouvements du bras, se présenta à M. Bourguet le 41e jour de son accident.

Ce chirurgien trouve la tête humérale située entre l'acromion et l'apophyse coracoïde, et un peu au-dessous de ces éminences osseuses qu'elle touche et qu'elle déborde en avant d'environ 15 millimètres.

Nous ne saurions comprendre comment on a pu voir là les caractères d'une luxation en haut, quand la tête est restée au-dessous de la voûte. La tête est en contact avec la voûte; mais n'est-ce pas là précisément l'état normal? La tête humérale, dans tous les mouvements, dans toutes les attitudes du membre, est toujours contiguë, elle ou les tubérosités, à la voûte, — en dehors dans l'adduction, en dedans dans l'abduction, etc. Comment dès lors a-t-on pu imaginer une luxation en haut, la tête, nous le répétons, restant au-dessous de la voûte? En supposant même qu'à l'état physiologique l'extrémité humérale fût séparée de la face inférieure des apophyses par une distance plus

grande que l'épaisseur de son revêtement fibreux, sur quoi pourrait-elle s'appuyer, se fixer dans son déplacement au-dessous de ces saillies osseuses? Elle resterait donc comme suspendue dans l'espace, quand le poids du membre et tous les muscles l'attirent en bas pour la faire rentrer dans sa cavité !

Ce qui semble avoir induit en erreur l'habile observateur, ce sont les reliefs et les dépressions de la région rendus plus sensibles par l'arthrite chronique ; c'est plutôt la saillie en avant du fragment inférieur dans le décollement de l'épiphyse humérale, car, selon toute apparence, il s'agissait de cette dernière lésion. Telle a été du moins l'impression de tous ceux d'entre vous qui ont examiné le plâtre moulé sur nature.

Obs. V. — Que dire du fait de M. Avrard, invoqué à l'appui du sien par M. Bourguet ?

Ici encore « la tête humérale occupe l'espace compris entre les apo- » physes acromion et coracoïde et la cavité glénoïde, où elle ne peut » être ramenée.... »

Ou, comme on lit plus bas :

« Elle est sous le bec de l'acromion en avant de la cavité scapu- » laire. »

Il serait difficile d'indiquer plus clairement la situation normale de la tête de l'humérus; chaque mot s'y applique exactement; seulement, au lieu d'ajouter que rien ne pouvait faire *rentrer* la tête dans sa cavité, il fallait mettre que rien ne pouvait l'en faire *sortir*.

Quelle était donc en réalité la lésion de l'épaule? On peut bien assurer qu'il n'y avait pas de luxation; mais remarquez que l'accident datait de trente ans! Le peu de valeur des renseignements fournis par la malade au bout de plus d'un quart de siècle, et les altérations que le temps a dû amener dans les caractères primitifs de l'affection laissent ce diagnostic rétrospectif flotter d'une hypothèse à l'autre. Aussi M. Malgaigne lui-même a-t-il émis sur ce fait deux opinions opposées; dans son journal (1) il se prononce pour une fracture de la tête humérale, et dans son livre (2) pour une subluxation suite d'arthrite chronique.

S'il fallait opter, c'est à la dernière opinion du savant professeur que nous nous rangerions le plus volontiers, — en faisant toutefois nos ré-

---

(1) *Revue médico-chirurgicale*, t. IV, p. 282.

(2) *Traité des fractures et des luxations*, t. II, p. 566.

serves touchant la *subluxation*, pour nous plus que douteuse. Ce qui a pu tromper ici, c'est l'aspect illusoire de l'épaule où l'atrophie des muscles, depuis longtemps inactifs, a rendu les éminences osseuses plus saillantes et creusé davantage les dépressions voisines.

M. Bourguet a eu soin, comme on le pense bien, de rappeler l'observation que M. Laugier a publiée, — la première qui ait fixé sur ce point l'attention des chirurgiens. L'importance qu'il accorde à ce fait nous impose le devoir de nous y arrêter nous-même. Le voici en résumé :

Obs. VI.— *Luxation incomplète en haut et en avant, derrière l'apophyse coracoïde.* — Un jeune homme de seize ans tombe sur le bras gauche étendu; le membre subit une torsion de dehors en dedans, et supporte, fixé dans cette attitude, tout le poids du corps. Pas de chute complète.

A l'entrée du malade, le coude pouvait être rapproché du tronc, ce qui implique qu'il en était écarté. Les mouvements (passifs sans doute) d'avant en arrière et d'arrière en avant étaient possibles, quoique douloureux. M. Laugier diagnostique une entorse, et prescrit des sangsues et des cataplasmes émollients.

Au bout de douze jours le gonflement était en partie dissipé ; l'idée d'une luxation se présente, idée basée sur les symptômes suivants :

« La tête humérale faisait saillie en dedans et en haut; au niveau de » l'apophyse coracoïde, derrière laquelle elle était appuyée, il existait » entre elle et la voûte de l'acromion un enfoncement peu marqué à » l'œil, mais dans lequel on pouvait loger l'extrémité des doigts étendus » et parallèlement placés. L'axe du bras était incliné en dedans et en » haut, et de plus il était légèrement tourné sur lui-même de dedans » en dehors, de sorte que la tubérosité interne de la tête semblait sail- » lante et dirigée en avant... Raccourcissement de 6 lignes ; aucun si- » gne de fracture. Les mouvements d'avant en arrière étaient assez » étendus et faciles; le plus difficile était celui de l'élévation du bras, » et il était visible que c'était un mouvement de totalité de l'humérus » et de l'épaule ensemble. En effet, la tête de l'humérus arc-boutée con- » tre l'apophyse coracoïde soulevait alors avec peine et d'une pièce » l'omoplate et la clavicule. »

Suivant M. Laugier, la tête était engagée entre l'apophyse coracoïde et le bord interne de la cavité glénoïde (1).

---

(1) *Archives*, t. X, p. 65, 1834.

Dans son remarquable article sur les luxations de l'épaule, il revient sur la situation de la tête et la décrit plus au long :

« La surface articulaire de l'humérus était appliquée contre la face » inférieure et à la fois postérieure du bec coracoïdien, qu'elle touchait » par une surface et non par un *point*, ainsi que cela a lieu dans les » déplacements sous-coracoïdiens qui exigent, au premier moment » du moins, l'allongement du bras (1) ».

Quinze jours après l'accident, on fit inutilement des tentatives de réduction. Le malade, qui avait recouvré la plupart des mouvements du bras, ne se prêtait à ces tentatives qu'avec une répugnance extrême ; il s'y opposait même quelquefois de tous ses efforts.

Le premier diagnostic de M. Laugier est celui que nous préférons : il s'agissait d'une entorse, suivie d'arthrite.

Si la tête humérale semblait plus spécialement confinée sous la partie interne de la voûte, dans l'étendue de laquelle elle roule à l'état normal, n'était-ce pas là, au lieu d'une luxation, le résultat d'une rétraction partielle de la capsule fibreuse ? Et puis cette liberté de la plupart des mouvements du bras, recouvrée au bout de douze à quinze jours, est-elle compatible avec une luxation ? Enfin, au-dessus de ces raisons, il y a l'impossibilité physique d'un déplacement incomplet, que nous croyons avoir démontrée.

Nous ne saurions donc reconnaître au fait de l'éminent professeur la signification que M. Bourguet croyait avoir confirmée.

L'auteur cite ensuite une observation de Soden, identique à la précédente, seulement avec un degré plus avancé de la lésion.

Obs. VII. — Après une chute sur le coude, une inflammation s'était développée dans l'articulation de l'épaule. Les symptômes étaient les mêmes que dans le cas de M. Laugier. Cinq mois plus tard, le malade mourut d'une plaie de tête, et l'on trouva à l'autopsie tous les caractères de l'arthrite avec une telle évidence, que Soden ne pensa même pas à une luxation, — je me trompe, il crut à une luxation du tendon de la longue portion du biceps, dont, par parenthèse, la coulisse n'était qu'élargie (2). Ce cas prouve donc, avec toute la rigueur d'une autopsie, le contraire de ce que M. Bourguet lui demandait.

Enfin, quant au fait également invoqué, d'A. Cooper (3), il est telle-

---

(1) *Dict. en* 30 *vol.* t. XII, p. 81.

(2) *Méd. chirurg. transact.*, vol. XXIV, p. 212.

(3) *OEuvres complètes.* — Trad. franç., p. 109.

ment incomplet, tellement nul, qu'il ne nous a pas paru mériter de vous être soumis.

Je ne connais qu'un seul cas de luxation de l'épaule en haut, encore n'est-ce pas une luxation directe en haut, mais une luxation en haut et en dehors.

Sur une des victimes de la catastrophe du chemin de fer de la rive gauche, une grande partie de la longueur de l'humérus droit sortait à travers la peau, au côté externe de l'acromion, au point que le coude, refoulé dans l'aisselle, semblait se confondre avec l'épaule. Il y avait en même temps une luxation de l'avant bras en arrière. D'autres lésions avaient déterminé une mort instantanée (1).

Ce déplacement en haut et en dehors se reproduit sur le cadavre en portant un peu plus loin que pour le déplacement direct en haut, la section de la capsule des tendons et des muscles sous-scapulaire, sus et sous-épineux, et en poussant ensuite le membre en haut et en dehors. L'humérus vient s'accrocher par son col anatomique au bord externe de l'acromion, au niveau de son articulation avec la clavicule. Il s'y maintient assez bien par la tension des parties conservées et de la capsule et des tendons des deux tubérosités, et aussi par la tension des muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond; mais toute rotation de la tête de l'os en dehors ou en dedans tend à faire cesser la luxation, une surface abrupte remplaçant contre l'acromion la rainure du col anatomique.

Dans ce déplacement, la tête humérale, recouverte des parties molles, s'élève de 5 à 6 centimètres et même davantage au-dessus du niveau de la clavicule, et le bras est raccourci en conséquence. La distance de cette tête à la fourchette sternale est accrue de 4 centimètres, c'est-à dire que l'épaule est allongée d'environ le diamètre de l'extrémité luxée. L'épaule est aplatie en avant, et les parties molles tendues sur la cavité glénoïde, en dedans de laquelle l'apophyse coracoïde fait une saillie très-prononcée.

Ce qui rend cette luxation presque impossible sur le vivant, c'est encore la difficulté qu'éprouve l'extrémité osseuse à se fixer sur le bord de l'acromion, tous les muscles qui s'y attachent la rappelant d'abord en bas et en dedans, c'est-à-dire à sa place.

Peut-être pourrait-on regarder comme un exemple de ce déplacement où la tête serait restée à mi-chemin de cette réduction spontanée, un

---

(1) Morel-Lavallée, *Essai sur les luxations de la clavicule*, p. 146.

cas de Smée. Il trouva sur un cadavre la tête humérale s'appuyant, à travers une ouverture ancienne de la capsule, contre la face inférieure de l'acromion et du deltoïde (1). Peut-être aussi n'était-ce que la variété sous-acromiale de la luxation en dehors. D'ailleurs, M. Bourguet ne s'est point occupé de la luxation en haut et en dehors.

L'objet exclusif de son mémoire était d'établir cliniquement l'existence de la luxation directe du bras en haut et en avant. Malheureusement les faits que l'auteur apporte ou invoque à l'appui de sa thèse ne nous ont point paru aller à son but.

Suivant nous, des deux variétés qu'il se proposait de démontrer, l'une, la *luxation incomplète*, est absolument impossible, l'autre, la *luxation complète*, presque impossible et jusqu'ici sans exemple (2).

Mais nous nous empressons de reconnaître que le mémoire de M. Bourguet n'en est pas moins très-intéressant sous beaucoup de rapports ; les faits sont importants, habilement présentés. Pour apprécier son œuvre avec justice, il convient de se souvenir que, s'il n'a pas réussi dans sa tâche, elle avait également trompé les efforts des maîtres. Ses recherches antérieures, sa position à la tête d'un grand hôpital, qui lui permettra de vous adresser de nouveaux travaux, le recommandent à votre bienveillance.

La commission propose :

1° De remercier l'auteur de sa communication (*adopté*) ;

2° D'insérer un extrait de son mémoire dans les *Bulletins* ;

3° D'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. (*Adopté.*)

L'extrait du mémoire se trouvant dans le rapport de M. Morel-Lavallée, il a été décidé que ce dernier travail serait seul inséré dans les *Bulletins*, et le mémoire original déposé aux archives.

---

(1) *The Lancet,* mars 1845.

(2) **Le fait que M. Chassaignac a publié, et que notre savant collègue a rappelé dans la discussion (Voir séance du 12 mai), n'était, à mon avis, qu'une fracture de la partie supérieure de l'humérus, avec déplacement du fragment inférieur en avant et en haut.**

Séance du 26 mai 1858.

Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Rétraction de l'aponévrose palmaire traitée avec succès par l'excision. — M. CHASSAIGNAC présente un malade dont voici l'observation :

« Jourdin (Pierre), âgé de quarante ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 20 février 1858.

A l'âge de vingt-huit ans, blennorrhagie et chancre; traitement antisyphilitique : point d'accidents consécutifs.

Pendant les années 1851 et 52, cet homme, qui avait toujours eu pour unique occupation le travail des champs, a été obligé de manier la rame très fréquemment. C'est depuis cette époque que le doigt médius a commencé et a continué à se fléchir de plus en plus vers la paume de la main. La flexion se passe exclusivement dans l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt.

Elle a pour cause une espèce de corde commençant insensiblement vers la partie supérieure de la paume de la main. La bride, qui est totalement étrangère aux tendons fléchisseurs, est de toute évidence constituée par l'aponévrose palmaire intimement adhérente et comme fondue avec la portion de peau qu'elle soulève.

Le 8 mars, opération consistant à enlever par dissection la totalité de la bride, dont on reconnaît la nature parfaitement conforme à ce qui a été indiqué plus haut.

Extension forcée de la main sur une palette digitée ; pansement par occlusion. Cicatrisation complète de la plaie longitudinale au bout de dix jours.

Au bout d'un mois d'extension continue, on s'aperçoit que le tissu cicatriciel se rétracte et tend à former une nouvelle bride, mais beaucoup moins épaisse que la première.

Le 3 mai, nouvelle opération consistant à diviser la bride nouvelle par sections transversales sur six points de sa longueur. — Extension par déchirure ; pansement par occlusion ; palette. Cicatrisation au bout de huit jours. Cette fois la guérison est complète ; toute tendance à la rétraction a cessé. »

Discussion sur la désarticulation du maxillaire inférieur (procédé de l'arrachement). — M. CHASSAIGNAC, à l'occasion du procès-verbal, revient sur le cas de résection du maxillaire inférieur qui a été communiqué par M. Verneuil dans la précédente séance, et sur le procédé opératoire qui a été suivi par ce chirurgien. M. Chassaignac approuve tous les temps de l'opération, à l'exception du dernier, qui a consisté dans l'arrachement du condyle de la mâchoire; cette manœuvre lui paraît défectueuse à plus d'un titre. Elle est, en premier lieu, fort douloureuse, même chez les malades qui ont été soumis à l'anesthésie, car l'opération dure assez longtemps pour qu'ils aient le temps de se réveiller, et d'ailleurs la région sur laquelle on opère ne permet pas de faire continuer l'inhalation de chloroforme après la première incision. Un autre inconvénient beaucoup plus grave est la fracture de la branche ou du corps du maxillaire qui se produit fréquemment dans la manœuvre de l'arrachement, et qui peut rendre la fin de l'opération très-difficile à exécuter, même avec le bistouri. La fréquence de ces fractures résulte de la nature même des altérations osseuses pour lesquelles on pratique la résection du maxillaire; ces altérations sont presque toujours de nature à détruire une partie ou la totalité du tissu de l'os, et à en diminuer beaucoup la résistance.

M. Chassaignac, assistant un jour à une opération de ce genre, a vu ainsi, au moment de l'arrachement, le maxillaire inférieur se fracturer, et il en résulta un accident extrêmement fâcheux. L'une des pointes de l'os brisé alla blesser l'artère carotide interne, qui passe pourtant à quelque distance de la mâchoire, et l'opéré, au bout de trois ou quatre jours, mourut d'hémorrhagie.

M. Chassaignac pense, d'après cela, qu'il est bien préférable de désarticuler le condyle au moyen d'un bistouri boutonné, car, en dirigeant toujours le tranchant vers l'os, on ne court aucun risque de blesser l'artère maxillaire interne. L'un des temps les plus difficiles de l'opération, quelle que soit la méthode qu'on emploie, est la section des attaches du temporal sur l'apophyse coronoïde. Lorsque cette apophyse est très-longue, comme cela a lieu sur plusieurs pièces sèches que M. Chassaignac présente à la Société, le mouvement de bascule qu'on imprime à l'os ne suffit pas pour faire descendre le sommet de l'apophyse jusqu'au-dessous de l'arcade zygomatique; alors la section des insertions du temporal ne peut se faire qu'au hasard, et pour ainsi dire à tâtons; on est donc exposé à aller trop loin et à léser les artères temporales profondes. C'est pour faire face à ces inconvénients, et pour abréger en même temps l'opération, que M. Chassaignac, au lieu

de disséquer les insertions du crotaphite, conseille de couper l'apophyse coronoïde à sa base d'un trait de pince de Liston, manœuvre, suivant lui, toujours prompte et facile.

M. VERNEUIL a pu s'assurer, précisément sur son opérée, que la section de l'apophyse coronoïde, au moyen de la pince de Liston, est quelquefois tout à fait impossible. Il avait d'abord l'intention de suivre ce procédé; mais quoique toutes les fibres musculaires et tendineuses eussent été préalablement coupées, la pince de Liston, mise en mouvement par deux personnes suffisamment robustes, ne put faire qu'une légère empreinte sur l'os qui était épaissi et presque éburné. Ce fut alors que M. Verneuil prit le parti de disséquer les insertions du crotaphite avec des ciseaux courbes, comme le fait M. Maisonneuve. Quant à l'arrachement de l'articulation condylienne, M. Verneuil y a eu recours, et il n'admet pas la validité des objections de M. Chassaignac. La durée de l'opération a été notablement abrégée, et l'arrachement n'a pas été plus douloureux que ne l'eût été la dissection. La douleur est d'ailleurs, dans les opérations, une considération secondaire. L'essentiel est d'éviter les dangers ou les complications graves, comme le serait la division de l'artère maxillaire interne dont on est obligé de raser la surface lorsqu'on désarticule le condyle de la mâchoire au moyen du bistouri. M. Chassaignac objecte que, lorsque la mâchoire est ramollie par un cancer, la manœuvre de l'arrachement expose à casser cet os; il exagère probablement les inconvénients de cette fracture, et son cas de piqûre de la carotide interne par un fragment osseux est tellement extraordinaire, qu'il n'y a vraiment pas lieu de s'inquiéter de cette éventualité; il est certain, toutefois, que la fracture de l'os, survenant au milieu de l'opération, pourrait devenir fort gênante. Mais cette objection n'a aucun rapport avec le fait que M. Verneuil a communiqué à la Société. On savait d'avance que la tumeur n'était pas cancéreuse, qu'elle était dure, très-dure même, et dans le fait le tissu de l'os, loin d'être ramolli, était beaucoup plus résistant qu'à l'état normal. Il n'y avait donc pas à craindre de casser l'os; aussi M. Verneuil a-t-il eu recours sans aucune hésitation au procédé de l'arrachement.

M. HUGUIER fait remarquer que tous les procédés exposent à casser l'os lorsqu'il est cancéreux ou altéré dans la plus grande partie de son épaisseur; que le simple mouvement de bascule soit pour abaisser l'apophyse coronoïde, soit pour tendre les ligaments de l'articulation, suffit alors pour produire une fracture, ou plutôt une solution de continuité au niveau de la tumeur. Lorsque cet accident se présente, on est

quelquefois fort embarrassé pour terminer l'opération, car on n'a plus de prise sur l'os qu'on veut désarticuler. Dans un cas de ce genre M. Huguier a été trop heureux de pouvoir recourir au procédé de l'arrachement. Il a saisi avec un fort davier la branche montante du maxillaire, et par un mouvement combiné de traction et de torsion il a aussitôt terminé une opération qui sans cela eût pu durer fort longtemps. D'une manière générale, il est peu touché des objections de M. Chassaignac contre l'arrachement, et en particulier la lésion de la carotide interne par la pointe d'un os fracturé ne lui paraît nullement à craindre.

M. LENOIR croit devoir signaler un autre inconvénient dont M. Chassaignac n'a pas parlé : c'est la possibilité de produire des désordres graves en arrachant le bouquet nerveux qui avoisine l'articulation temporo-maxillaire. Cet arrachement peut avoir lieu jusque dans le crâne. On sait que dans les tractions exercées sur les nerfs du plexus brachial, pendant la réduction des luxations de l'épaule, les racines de ces nerfs peuvent être arrachées de la moelle. C'est un accident analogue que M. Lenoir craint de voir survenir à la suite de la désarticulation de la mâchoire par le procédé de l'arrachement. Ce procédé, à ses yeux, a quelque chose de sauvage. Le seul avantage qu'on lui attribue, celui d'éviter la lésion de la maxillaire interne, est à peu près illusoire, car on n'a vraiment aucune chance de léser cette artère lorsqu'on se sert d'un bistouri boutonné, qu'on luxe la mâchoire avant de la désarticuler et qu'on coupe les parties molles sur le condyle. Jamais on ne rencontre la maxillaire interne en agissant ainsi.

M. MAISONNEUVE a pratiqué environ quarante fois la désarticulation de la mâchoire inférieure, presque toujours par le procédé de l'arrachement, et jamais il n'a eu l'occasion de voir quelque accident sérieux résultant de cette manœuvre. Le principal inconvénient, c'est la rupture de l'os ; cela est arrivé quelquefois à M. Maisonneuve, et cela a simplement allongé l'opération. M. Lenoir parle de l'arrachement du nerf dentaire. Cet arrachement a lieu en effet, mais tout autrement que le pense M. Lenoir. Il ne faut pas oublier que dès le premier temps de l'opération, on a disséqué la surface du maxillaire inférieur, et que le nerf mentonnier a été coupé au ras de l'os. Aussi, dans les tractions qu'on exerce sur la mâchoire, voit-on le nerf dentaire sortir de son canal osseux pour rester suspendu dans le fond de la plaie sous forme d'un long filament qu'on est obligé ensuite de réséquer avec les ciseaux. C'est toujours ainsi que se comporte ce nerf dans le procédé de l'arrachement, lorsqu'on ne juge pas préférable de le couper avant d'en ve-

nir au dernier temps de l'opération. M. Maisonneuve ajoute que ce procédé a des avantages considérables, que ne contre-balance aucun inconvénient sérieux. Il rend l'opération plus facile et plus sûre, il met à l'abri des hémorrhagies ; enfin, la plaie qui reste dans la région ptérygo-maxillaire marche certainement d'une manière plus favorable que les plaies par instrument tranchant. M. Maisonneuve ne se souvient pas d'avoir vu l'infection purulente se développer à la suite de la désarticulation temporo-maxillaire faite suivant ce procédé. Au surplus, la bénignité relative des plaies par arrachement est bien connue de tous les chirurgiens.

M. CHASSAIGNAC revient sur la difficulté considérable de la dissection du muscle crotaphite. Les hémorrhagies que l'on redoute, c'est-à-dire celles du tronc de la maxillaire interne, sont faciles à éviter ; mais il en est d'autres, fournies par les artères temporales profondes, et celles-là se produisent précisément pendant la dissection des insertions inférieures du temporal. Or, il est évident qu'on ne peut songer à pratiquer l'arrachement avant d'avoir dégagé l'apophyse coronoïde, et alors il arrive souvent que l'hémorrhagie existe déjà. M. Chassaignac insiste donc de nouveau sur la nécessité de couper l'apophyse coronoïde à sa base avec la pince de Liston, quel que soit d'ailleurs le procédé qu'on se propose de suivre ensuite pour la désarticulation du condyle.

M. MAISONNEUVE n'a jamais trouvé qu'il fût difficile de disséquer l'apophyse coronoïde, et il n'a jamais vu d'hémorrhagie se produire pendant ce temps de l'opération. On évite certainement l'hémorrhagie en rasant toujours l'os, et on y réussit en attaquant graduellement les insertions du temporal avec l'extrémité des ciseaux courbes, que l'on dirige avec l'index de la main gauche, et dont on tient la concavité constamment tournée du côté de l'os.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les ouvrages suivants :

Priorità del metodo di curare gli aneurismi colla sola mano dovuta alla scuola dell' Università di Padova, par le Dr Vanzetti.

Cenni sulla cura dell' infiamazione colla compressione digitale, par le docteur Vanzetti.

Etudes sur les fièvres insidieuses et pernicieuses périodiques observées à Nantes, par le docteur Anizon.

De la fièvre puerpérale, par M. le docteur Depaul.

Rapport sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1855, par M. le docteur Depaul.

De la fièvre puerpérale, par M. le docteur Danyau.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Montpellier, tome II, par M. le professeur Alquié.

Des indications du sulfate de quinine dans certaines formes des maladies aiguës, par le M. docteur Beaupoil.

De l'eau froide en chirurgie, et spécialement dans le traitement des désordres traumatiques de nature contusive, par M. le Dr Beaupoil.

M. Follin fait en outre hommage à la Société, de la part de M. Rollet, de Lyon, d'un travail de ce dernier intitulé : *Recherches sur le rhumatisme blennorrhagique.*

LECTURE.

M. BOUVIER cède la présidence à M. Deguise fils, et lit, en réponse au dernier travail de M. Broca, un mémoire intitulé : *Sur les rapports des lésions et des symptômes dans le mal vertébral.* La Société décide que ce travail sera inséré dans les *Bulletins*. (Nous le publierons prochainement.)

M. BROCA reconnaît que les opinions qu'il a exposées dans son dernier travail sont en contradiction avec la statistique de M. Bouvier. Il a pleine confiance dans l'esprit d'impartialité avec lequel cette statistique a été dressée, mais les 120 faits qui y figurent, les uns sous le titre de *carie*, les autres sous le titre de *tubercules*, ont été recueillis et classés à des époques différentes, et sous l'influence des doctrines variables qui se sont succédé sur cette question. Avant les travaux de MM. Nichet et Nélaton (1834-1835), toutes les observations de mal vertébral, presque sans exception, portaient le titre de carie; un seul auteur, Delpech, avait décrit les tubercules vertébraux, mais ses opinions n'avaient pas eu plus de retentissement que celles de Brodie sur l'arthrite vertébrale. A partir de 1835, il y eut une réaction exagérée, et pendant quelques années, presque toutes les observations furent publiées sous le titre de *tubercules.* Vers 1840, M. Malespine donna le signal d'une réaction inverse ; on passa d'un excès à l'autre ; beaucoup d'auteurs allèrent jusqu'à nier complétement l'existence des tubercules des os, qui n'étaient pour eux que du pus concret, et les tubercules vertébraux furent de nouveau, comme autrefois, désignés sous le nom de carie.

Enfin, vers 1846, on commença à interroger le microscope, qui, pour la première fois, établit une ligne de démarcation bien tranchée

entre ces deux affections; mais la plupart des observations n'ont pas été soumises à ce contrôle. Tel fait qu'un observateur a publié sous le titre de carie, aurait peut-être paru sous le titre de tubercule, s'il se fût présenté à un autre observateur. Ces oscillations successives ont été des plus marquées à la Société anatomique, dont les bulletins ont fourni à la statistique de M. Bouvier un large contingent d'observations. M. Broca ne reconnaît donc aucune valeur à cette statistique pour ce qui concerne la nature des lésions. Il est impossible avec des faits aussi disparates d'établir un parallèle clinique entre la carie et les tubercules. Mais le relevé de M. Bouvier n'en est pas moins précieux à un autre point de vue ; M. Bouvier a eu l'heureuse idée d'étudier le degré de fréquence relative des symptômes les plus saillants, et M. Broca trouve dans ces relevés partiels, relatifs à des phénomènes sur lesquels les auteurs des observations n'ont pu se tromper, la confirmation de la doctrine qu'il a soutenue dans son dernier travail. Il a admis dans le mal vertébral deux formes principales, l'une (les tubercules) produisant toujours la gibbosité, souvent la paralysie, et moins souvent les abcès par congestion; l'autre (la carie) produisant toujours les abcès par congestion, et beaucoup plus rarement la gibbosité ou la paralysie; la première occupant plus souvent la région dorsale, la seconde occupant de préférence la région lombaire. Il en résulte :

1° Que les abcès par congestion doivent être plus fréquents dans le mal vertébral lombaire que dans le mal vertébral dorsal, et en effet le relevé de M. Bouvier prouve que, dans le premier cas, les abcès migrateurs se montrent 4 fois sur 5, et 2 fois sur 5 seulement dans le deuxième cas.

2° Que la paralysie, appartenant surtout à l'une des maladies (tubercules), doit coïncider très-rarement avec les abcès migrateurs, qui appartiennent surtout à l'autre maladie (carie), et en effet M. Bouvier a trouvé que cette coïncidence ne s'était présentée que 14 fois sur 103, c'est-à-dire moins d'une fois sur 7.

M. Broca, après avoir ajouté quelques remarques sur la proportion notable des cas où le mal vertébral existait sans abcès migrateur (47 cas) et même sans abcès sessile (17 cas), répond à une objection que M. Bouvier lui a adressée. M. Bouvier, considérant la gravité de l'affection tuberculeuse en général et la bénignité relative de la carie, a paru surpris d'entendre dire que les tubercules vertébraux étaient moins graves que la carie vertébrale. Mais il oublie que le mal vertébral tire presque toute sa gravité des abcès par congestion, qui l'accompagnent si souvent. En présence du danger extrême qui résulte de la présence de

l'abcès, le pronostic particulier de la lésion osseuse disparaît presque entièrement. Or l'abcès est constant dans la carie ; il fait très-souvent défaut dans le cas de tubercules. Voilà pourquoi le mal vertébral tuberculeux guérit plus souvent que l'autre. On a d'ailleurs exagéré le pronostic absolu des tubercules des os, et en général des tubercules externes. La complication de tubercules pulmonaires est à craindre sans doute, mais elle est bien loin d'être constante. Il y a longtemps déjà qu'on a reconnu que la loi de M. Louis souffre de très-nombreuses exceptions dans la tuberculisation des organes externes.

M. BOUVIER, d'après cette dernière explication, reconnaît qu'il a attribué à M. Broca une opinion trop exclusive. Mais sur la question de la statistique qu'il a dressée, il répond à son collègue qu'il ne s'est pas littéralement astreint au diagnostic formulé par les auteurs des observations, qu'il n'a accepté ce diagnostic que lorsqu'il était confirmé par des détails descriptifs suffisamment clairs. Au surplus, il a écarté tous les faits qui lui ont paru douteux, et il reconnaît que ceux dont il s'est servi ne peuvent pas avoir le cachet de précision et de certitude complète que demande M. Broca. Il ne pouvait faire mieux dans l'état actuel de la science. Aujourd'hui encore, la distinction des tubercules osseux est quelquefois fort difficile, même lorsqu'on a sous les yeux les pièces disséquées. Et si les lésions sont douteuses, les symptômes le sont bien plus encore.

M. CHASSAIGNAC invite M. Bouvier à faire une statistique partielle des observations modernes qui ont subi le contrôle du microscope, en laissant de côté les autres, sur l'exactitude desquelles on peut élever des doutes.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, P. BROCA.

Séance du 2 juin 1858.

Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Opération d'uranoplastie faite avec succès suivant un nouveau procédé. — M. BAIZEAU présente un malade qu'il a guéri d'une perforation de la voûte palatine, grâce à un nouveau procédé d'uranoplas-

tie. La perforation était déjà ancienne; elle avait été produite par l'introduction d'un pieu dans la bouche. Voici cette observation :

« Le nommé Petitjean, caporal au 35e de ligne, âgé de trente ans, ayant fait, le 14 avril 1852, une chute du haut d'un grenier à foin, tomba la face sur des fagots et s'enfonça dans la bouche un morceau de bois qui, après avoir détaché un lambeau à la partie supérieure de la langue, pénétra dans les fosses nasales en perforant la voûte palatine. Il éprouva immédiatement une vive douleur et eut une hémorrhagie assez abondante qui s'arrêta d'elle-même. La guérison, confiée à la nature, fut rapide : au bout de quinze jours toutes les plaies étaient cicatrisées, mais il restait sur le milieu de la langue une petite tumeur de la grosseur d'une aveline, formée par le lambeau irrégulièrement réappliqué, et une perforation à la voûte palatine.

» Quoique gêné par cette infirmité, ce militaire, la croyant incurable, n'avait rien tenté pour sa guérison, lorsqu'au mois de mars dernier il entra à l'hôpital du Val-de-Grâce pour une gingivite ulcéreuse. Frappé par le timbre nasonné de sa voix, j'examinai la cavité buccale; j'observai d'abord la tumeur linguale, et je constatai ensuite sur la ligne médiane de la voûte palatine, à 4 centimètres et demi des incisives supérieures, c'est-à-dire au niveau du point d'intersection des lignes suturales des os palatins et maxillaires supérieurs, une perforation arrondie ayant 8 millimètres de diamètre, à bords lisses, amincis et enfoncés vers les fosses nasales, surtout à la partie antérieure. Une voix voilée et fortement nasonnée, une prononciation vicieuse, le passage des mucosités nasales dans la bouche, la sortie fréquente des aliments et des boissons par le nez, tels étaient les inconvénients résultant de cette fistule, et qui me décidèrent à en tenter l'occlusion. Deux moyens se présentaient pour y arriver : l'application d'un obturateur ou la palatoplastie. J'optai pour cette dernière, malgré ses insuccès presque constants, pensant obtenir mieux d'un procédé nouveau qui me semblait beaucoup plus avantageux que les autres. En cas d'échec, je me réservais de recourir à l'obturateur.

» Le 10 avril, je procédai à l'opération, que je pratiquai de la manière suivante : je fis de chaque côté, à 1 millimètre et demi du bord de la perforation, une incision courbe à concavité interne, se prolongeant en avant et en arrière, de manière que les deux incisions vinssent se réunir à 8 millimètres de l'orifice. J'avais ainsi circonscrit la fistule par une incision elliptique ayant 24 millimètres dans le sens antéro-postérieur, et 11 millimètres transversalement. Je pratiquai ensuite latéra-

lement, à 15 millimètres en dehors de cette ellipse, parallèlement à l'arcade alvéolaire, une incision longitudinale ayant la même longueur que les premières incisions. Dans un second temps de l'opération, à l'aide de pinces à griffes très-allongées et des petits bistouris de Roux coudés sur le plat, je détachai des os, en allant de dehors en dedans, les parties molles comprises de chaque côté entre les deux incisions. J'obtins ainsi deux voiles ou lambeaux mobiles de forme quadrilatère, se continuant en avant et en arrière par une base de 15 millimètres avec la voûte palatine. Ayant constaté qu'ils pouvaient se rapprocher facilement l'un de l'autre, je plaçai, à l'aide d'une aiguille à chas brisé, deux fils simples à droite et deux fils doubles à gauche, les anses de ces derniers dirigées vers la voûte; les extrémités nasales des fils de droite furent passées dans les anses des fils de gauche, qui servirent à les ramener dans la cavité buccale. Cette petite manœuvre, employée par Auguste Bérard dans la staphyloraphie, me permit de traverser les lambeaux d'avant en arrière sans avoir recours aux instruments compliqués de MM. Dupiéris et Bourguignon. Les fils furent enfin fixés, à la manière de Galli, par de petits tubes en plomb aplatis avec une forte pince.

» Après l'opération, la réunion était parfaite sur la ligne médiane et, de chaque côté des incisions externes, on voyait une petite perte de substance semi-lunaire à courbure légèrement convexe en dehors. Quoique les tiraillements soient moins à redouter à la voûte palatine qu'au voile du palais, cependant je prescrivis au malade le silence le plus absolu; je lui recommandai de boire le plus rarement possible et d'éviter de tousser, de se moucher et tout effort de succion ou mouvement de déglutition. Au bout de quarante-huit heures les sutures furent enlevées; les lambeaux présentaient un bon aspect et étaient réunis. Le quatrième jour il s'établit au niveau de la suture antérieure un petit pertuis qui augmenta les jours suivants et atteignit 2 millimètres de diamètre.

» Le 20 avril, je fis une cautérisation très-légère avec un stylet rougi, et au bout de dix jours le trou avait diminué de moitié. Deux autres cautérisations à huit jours d'intervalle complétèrent la guérison. Aujourd'hui toute trace de fistule a disparu, et la voix a repris sa force et son timbre naturels.

» Depuis Krimer, qui un des premiers a employé l'uranoplastie, les tentatives faites pour oblitérer les perforations palatines ont été assez nombreuses, mais les succès ont été fort rares; et en consultant les différents recueils de médecine, je n'ai trouvé que deux cas de guérison,

un de Blandin et un autre de M. Borrel, à ajouter à celui de Krimer. L'imperfection des procédés suivis jusqu'ici explique facilement ces insuccès. Le renversement des lambeaux, leur alimentation insuffisante, doivent infailliblement amener la gangrène. Dans le procédé que j'ai mis en usage, l'absence de torsion, de renversement et de tiraillement des lambeaux, la facilité de la circulation, les nombreux vaisseaux qui leur arrivent par leurs larges points d'attache à la voûte palatine, sont autant de conditions favorables qui font le mérite de cette opération et qui doivent faire espérer le succès. Au lieu de l'avivement, j'ai porté l'incision un peu plus en dehors, afin de mettre en contact des tissus plus épais, plus vasculaires que ceux qu'auraient fournis les bords amincis et indurés de la fistule, et pour n'avoir pas, en cas d'insuccès et de gangrène, à regretter d'avoir augmenté l'étendue de la perforation. Ce procédé n'étant inscrit dans aucun traité de chirurgie et dans aucune revue périodique, j'aurais pu m'en attribuer l'invention et la priorité d'exécution, mais il m'a été dit que M. Nélaton aurait fait quelque chose d'analogue. »

M. DEMARQUAY remarque que les perforations traumatiques de la voûte et du voile du palais guérissent souvent sans aucune opération. Il a observé cette réunion spontanée chez un individu qui s'était tiré un coup de pistolet dans la bouche. Cette arme, chargée avec du gros plomb, avait été appliquée entre la langue et le plancher de la bouche. La langue était profondément déchirée, ainsi que le voile du palais et la partie postérieure de la voûte palatine. Le gonflement consécutif fut tel, que le malade était sur le point d'asphyxier, et que M. Demarquay fut obligé de le soumettre à la trachéotomie. La canule fut maintenue pendant douze à quinze jours.

M. Demarquay ajoute que cet homme était dans un état d'asphyxie tellement avancé, qu'il n'éprouva aucune douleur dans la trachéotomie. Il a observé la même insensibilité chez un autre malade à qui il a depuis lors pratiqué la même opération pour un œdème de la glotte.

M. LARREY, « en demandant à M. Demarquay un renseignement sur le point de contact de l'arme et de pénétration du projectile, lui fait remarquer que le cas, d'ailleurs intéressant, communiqué par lui, n'a pas de rapport direct avec celui de M. Baizeau, et soulève plusieurs questions distinctes qui ne sont point nouvelles.

» En premier lieu, le mode de suicide indiqué était assez fréquent autrefois pour que, vers le commencement de ce siècle par exemple, un médecin militaire, M. Moizin, ait soutenu sa thèse *Sur les effets du coup*

de pistolet tiré dans la bouche, et rapporté plusieurs observations de ce genre de blessure.

» En second lieu, l'engorgement consécutif des parties molles dilacérées est bien connu des chirurgiens, et détermine souvent, par la tuméfaction de la langue et des tissus de l'arrière-gorge, des accidents de suffocation ou d'asphyxie auxquels on peut remédier par divers moyens.

» De là, en troisième lieu, comme dans certaines mutilations de la région sus-hyoïdienne, l'indication de la trachéotomie pratiquée quelquefois, mais alors seulement que les autres ressources ont été sans succès.

» Cette opération elle-même suscite enfin une objection à la pensée de M. Demarquay; c'est que la trachéotomie, dans les cas de suffocation imminente, loin de provoquer en général de la douleur ou d'exciter la sensibilité, est supportée avec d'autant plus de calme et de confiance par les malades, que de là ils attendent la cessation des accidents d'asphyxie et la conservation de leur existence. »

M. MOREL-LAVALLÉE a vu une perforation traumatique du voile du palais, produite par l'extrémité d'un morceau de bois sur laquelle un enfant était tombé la bouche ouverte. Cette plaie se réunit par première intention.

M. VERNEUIL cite un cas de perforation de la voûte palatine, tiré de la pratique de M. Denucé, de Bordeaux. La lésion était la conséquence d'un coup de pistolet tiré dans la bouche. La membrane palatine était détachée dans une grande étendue, et pendait dans la cavité buccale sous la forme d'un vaste lambeau. La voûte palatine osseuse était en même temps perforée ; M. Denucé vit le blessé le second jour. Il passa dans le lambeau un fil double dont les deux chefs furent attirés à l'extérieur à travers le trou de la voûte palatine et la fosse nasale correspondante. Le lambeau fut ainsi exactement réappliqué, la réunion fut obtenue et la guérison fut complète. M. Verneuil a vu une petite fille qui était tombée la bouche ouverte sur l'extrémité d'un pieu. La voûte palatine n'avait pas été perforée ; mais la membrane palatine décollée avait formé un lambeau qui n'avait pas été réappliqué, et qui s'était ratatiné sous la partie postérieure de la voûte palatine, en constituant une tumeur comparable à un polype.

Énorme éventration consécutive à une contusion de la paroi abdominale sans plaie extérieure. — M. LARREY présente une femme atteinte d'une énorme hernie de la ligne blanche survenue par suite d'une cause traumatique, et remet l'observation suivante : « Cette femme, aujour-

d'hui âgée de quarante-six ans, bien portante et toujours abondamment réglée, était, en 1832, cantinière de l'armée ; elle se trouvait avec son régiment (le 39e de ligne) au siége d'Anvers, lorsque, pendant une alerte de nuit, elle tomba sur le ventre contre un pieu planté dans le sol. La région épigastrique fut violemment contuse au niveau de la ligne blanche, à quelques centimètres de l'ombilic, mais sans aucune solution de continuité aux téguments. Une douleur instantanée de déchirure n'empêcha pas cette courageuse femme, enceinte de trois mois, de continuer sa route et de secourir elle-même plusieurs soldats blessés. Mais à peine rentrée le matin dans les cantonnements, elle eut une perte de sang considérable suivie d'une fausse couche. C'était sa seconde grossesse ; elle avait eu de la première un enfant vivant. Elle ne réclama, elle ne prit aucun soin pour cet accident, et dès les premiers jours elle vit dans le point contus une petite tumeur qui semblait s'affaisser sous le doigt, pour reparaître aussitôt après, et augmenter ensuite progressivement de volume. Elle n'était pas plus grosse d'abord qu'une noisette ; elle devait dépasser plus tard le volume de la tête d'un adulte. Son accroissement graduel n'a pas empêché plusieurs grossesses de parvenir à terme, et même à chacune d'elles s'est manifestée une nouvelle période de développement. Cette femme, depuis sa blessure, a eu quatorze enfants, mais jamais de jumeaux, quoique chacune de ses dernières grossesses l'eût fait présumer d'après le volume énorme du ventre. Elle n'a eu d'autre fausse couche que celle de l'accident de 1832 ; et ceux de ses enfants qu'elle a perdus sont morts plusieurs années seulement après leur naissance.

» La tumeur abdominale, évidemment constituée par une hernie sus-ombilicale de la ligne blanche, offre tout d'abord un volume énorme, mesurant 65 centimètres de circonférence ; sa forme, irrégulièrement arrondie, présente trois lobes distincts à peu près semblables, un médian et deux latéraux ; sa surface, un peu ridée, indique les ampliations antérieures du ventre et quelques petites cicatrices de gerçures ; l'ombilic, presque effacé, se trouve tout à fait au-dessous de la tumeur, près du pubis. Le poids approximatif de la masse herniaire est évalué à six ou sept kilos, selon l'état de vacuité ou de réplétion des viscères. La consistance assez ferme, mais inégale de la tumeur, totalement réductible autrefois, ne se prête plus aujourd'hui que difficilement et douloureusement à une réduction partielle. Chaque tentative de taxis a déterminé des accidents de suffocation et des efforts de vomissements qu'il serait imprudent de provoquer encore. La pesanteur de cette volumineuse hernie était le seul inconvénient dont la femme se plaignît ;

je lui ai fait faire une large ceinture lacée comme un corsage, qui la soutient bien et allége ses mouvements, sans trop comprimer son énorme tumeur. »

M. RICHARD pense que, quoique la tumeur ne puisse pas être actuellement réduite en totalité, il serait possible, au moyen d'un repos prolongé et d'une compression méthodique exercée avec persévérance, de la faire peu à peu rentrer complétement dans le ventre. On la maintiendrait ensuite avec une ceinture à large pelote, et l'état de la malade serait considérablement amélioré.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Discussion sur la désarticulation de la mâchoire inférieure (procédé de l'arrachement). — **M. RICHET**, à l'occasion du procès-verbal, s'étonne que M. Maisonneuve ait dit que le procédé de l'arrachement met à l'abri de l'hémorrhagie. Parmi les quarante malades (ou environ) que M. Maisonneuve a soumis à cette opération, M. Richet n'en a vu qu'un seul, et celui-là est mort d'hémorrhagie. Cette hémorrhagie survint peu de jours après l'opération; elle fut presque foudroyante. On alla en toute hâte chercher plusieurs chirurgiens. Lorsque M. Richet arriva, le malade était mort. M. Maisonneuve arriva quelques instants plus tard et parut fort surpris de cette hémorrhagie, parce qu'aucune artère n'avait donné de sang au moment de l'opération. M. Richet ne sait si quelque accident analogue est survenu chez les autres opérés de M. Maisonneuve, mais il cite ce fait pour prouver à son collègue que le procédé de l'arrachement ne met pas à l'abri de l'hémorrhagie.

M. FORGET donne quelques détails de plus sur ce cas malheureux. C'est le cinquième jour que l'hémorrhagie s'est manifestée. Le jour précédent, la plaie intérieure était devenue pultacée et probablement gangréneuse. Cette complication de gangrène paraît naturelle à M. Forget, parce que, d'une manière générale, les plaies par arrachement sont exposées à se sphacéler. Quant à l'hémorrhagie consécutive, M. Forget ne s'étonne que d'une chose, c'est qu'elle ne se produise pas plus souvent. L'arrachement empêchant les artères divisées de saigner immédiatement, on ne peut pas lier ces vaisseaux au moment de l'opération, et le caillot hémostatique, n'étant pas suffisamment soutenu, est exposé à céder au bout de quelques jours. Le danger de l'hémorrhagie, que le procédé de l'arrachement a la prétention de prévenir, est précisément la plus forte objection qu'on puisse faire valoir contre ce procédé. L'opération au bistouri présente sous ce rapport une sécurité complète. M. Forget ne connaît pas un seul cas où la maxillaire interne ait été ouverte au moment de la désarticulation du condyle.

M. VERNEUIL pense que les adversaires de l'arrachement commettent une confusion fâcheuse. Ils paraissent croire qu'on arrache tous les muscles de la mâchoire, tous les vaisseaux et tous les nerfs qui entourent la branche du maxillaire. M. Verneuil, dans l'opération qu'il a pratiquée et qui a été le point de départ de cette discussion, a commencé par couper avec le bistouri toutes les insertions musculaires et tous les nerfs jusqu'au col de la mâchoire; il n'a arraché que les parties qui s'insèrent sur le condyle, c'est-à-dire le muscle ptérygoïdien externe et le ligament latéral externe de l'articulation. M. Lenoir a insisté sur les accidents que peut produire l'arrachement d'un bouquet nerveux situé au voisinage de la mâchoire. Mais lorsqu'on a détaché les insertions du masséter, du temporal, du ptérygoïdien interne, qu'on a coupé le nerf dentaire, et qu'on a porté la dissection jusqu'au col du condyle, il ne reste d'autre nerf à arracher que le filet très-petit qui anime le ptérygoïdien externe, et qui, dans le point où on l'arrache, est presque capillaire.

Quelques personnes font remarquer que ce n'est pas le procédé suivi par M. Verneuil qui est en question, mais bien le procédé préconisé par M. Maisonneuve, qui se vante de n'inciser que les chairs de la face et de faire le reste de l'opération par arrachement et sans le secours du bistouri.

M. Verneuil répond qu'il a vu plusieurs fois pratiquer cette opération par M. Maisonneuve, et que ce chirurgien, quoi qu'on en dise, n'arrache d'autre muscle que le ptérygoïdien externe. Il est vrai que pour détruire les autres insertions musculaires, il ne se sert pas du bistouri. Il détache le masséter et le ptérygoïdien interne fibre à fibre avec le tranchant de son ongle, et c'est avec des ciseaux courbes qu'il détruit graduellement les insertions du crotaphite. Ainsi, en réalité, M. Maisonneuve n'arrache que le ptérygoïdien externe.

M. ROBERT, d'après ces renseignements, trouve qu'il ne valait pas la peine de donner à ce procédé le nom de procédé de l'arrachement. Il y a très-longtemps qu'on termine la désarticulation de la mâchoire en imprimant au condyle un mouvement de torsion pour déchirer les fibres qu'on ne veut pas diviser. Si on n'arrache que cela, c'est une vieille opération; si on arrache autre chose, c'est une mauvaise opération.

M. LENOIR partage l'opinion de M. Robert. L'arrachement, restreint aux fibres qui s'insèrent sur le condyle, n'est pas un procédé nouveau. C'est un vieux procédé avec une étiquette neuve.

COMMUNICATION.

Luxation de la tête de l'humérus compliquée de fracture du col de cet os. — Tentative infructueuse de réduction suivant le procédé de M. Richet. — M. ROBERT communique à la Société un cas fort embarrassant qui s'est présenté tout récemment dans son service à l'hôpital Beaujon.

Il s'agit d'un homme qui a été renversé sous une voiture de porteur d'eau. La roue a passé presque transversalement sur la poitrine et sur le moignon de l'épaule. L'acromion est fracturé à sa base. L'humérus est fracturé à la partie la plus supérieure du col chirurgical; de plus, la tête, ainsi séparée du corps sous la forme d'un fragment presque sphérique, a été chassée de sa cavité. On la sent très-bien dans le creux de l'aisselle. Il y a donc à la fois fracture et luxation, comme dans le cas qui sert de base au travail de M. Richet (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. III, p. 445). Le succès obtenu par M. Richet a engagé M. Robert à recourir au même procédé, c'est-à-dire à la réduction de la tête humérale par impulsion directe, à la faveur du relâchement musculaire produit par l'anesthésie. Le blessé a donc été endormi jusqu'au complet relâchement; puis, pendant que les aides faisaient l'extension du bras, le chirurgien, recourbant ses doigts en forme de crochets, a exercé dans l'aisselle, sur la tête de l'humérus, une pression méthodique, continue et vigoureuse. Lorsque M. Robert a été fatigué, M. Huguier, qui assistait à la tentative, puis diverses personnes du service, ont successivement et inutilement essayé de faire rentrer la tête humérale dans sa cavité; cette tête n'a pas même subi le plus petit déplacement.

M. Robert s'est demandé si on ne pourrait pas agir avec plus d'efficacité sur ce fragment d'os presque sphérique, et qui ne donne presque aucune prise, en l'attaquant avec un crochet mousse et volumineux. Mais il craindrait que dans une tentative de ce genre les vaisseaux et nerfs du voisinage fussent contus et écrasés. En quittant l'hôpital Beaujon pour aller prendre le service de l'Hôtel-Dieu, M. Robert a laissé ce malade sous la direction de M. Malgaigne, qui lui a succédé. Il croit savoir que M. Malgaigne n'a fait jusqu'ici aucune nouvelle tentative; mais le cas est encore tout récent, et M. Robert demande à M. Richet s'il croit qu'il y ait encore quelque chance de succès.

M. RICHET répond que, depuis la publication de son travail, il a eu à traiter deux cas de ce genre, et qu'il a eu un succès et un échec. Il publiera bientôt ces deux faits, dont il ne donne aujourd'hui qu'un ré-

sumé succinct. Dans un cas, la blessure datait de treize jours. On avait déjà fait de nombreuses tentatives lorsque M. Richet fut appelé. La tête humérale était sous la clavicule en dedans de l'apophyse coracoïde. Le blessé fut chloroformisé jusqu'au relâchement le plus complet, et néanmoins les efforts vigoureux faits par M. Richet et par ses aides n'eurent aucun résultat. Cet homme est resté estropié.

L'autre malade de M. Richet a été plus heureux. Il était tombé sur le bord d'un trottoir et s'était fait une luxation sous-coracoïdienne compliquée de fracture du col chirurgical de l'humérus. On le conduisit aussitôt à l'hôpital Saint-Antoine. M. Richet eut recours dès le premier jour à son procédé de réduction, mais il échoua complétement. Le lendemain, il recommença la tentative d'une manière un peu différente, et il eut la satisfaction de voir la tête se déplacer d'abord légèrement, puis un peu plus, et enfin rentrer dans sa cavité. Le bras fut fixé dans un bandage inamovible, et la guérison s'effectua parfaitement. M. Richet, d'après ce dernier fait, pense qu'il y aurait lieu de faire encore de nouvelles tentatives chez le malade de M. Robert.

M. HUGUIER a vu le malade de M. Robert ; il a assisté et a même pris part aux tentatives de réduction. Il est disposé à croire qu'il y a chez cet homme, outre les lésions indiquées par M. Robert, une fracture de la cavité glénoïde. Il serait possible que cette complication contribuât à rendre la luxation irréductible.

M. LENOIR a vu un cas de fracture du col anatomique de l'humérus avec déplacement et version du fragment supérieur, dont la face fracturée était dirigée en haut. On ne put obtenir ni réduction ni consolidation. La malade, qui était une vieille femme, resta infirme ; elle mourut au bout de sept ou huit mois, et M. Lenoir a fait déposer la pièce dans le Musée. A. Cooper a publié un fait semblable ; un troisième fait a été observé, il y a longtemps déjà, par M. Lenoir, à l'hôpital de Meaux, dans le service de M. Houzelot. Dans ces trois cas, le déplacement a été tout à fait irréductible.

M. ROBERT ne partage pas l'opinion de M. Huguier, et pense que chez son malade il n'y a point de fracture de la cavité glénoïde ; si cette fracture existait, la tête humérale serait mobile, tandis qu'elle est tout à fait immobile. M. Robert ajoute que ce cas diffère doublement de ceux dont M. Lenoir vient de parler : en premier lieu, parce que la fracture est située un peu au-dessous du col anatomique, et en second lieu parce que le fragment supérieur de l'humérus n'est pas retourné. On sent très-bien à travers la peau de l'aisselle que la surface fracturée de ce fragment regarde directement en bas.

M. LARREY. « Les difficultés extrêmes, pour ne pas dire l'impossibilité absolue de la réduction établie par M. Lenoir dans les cas de ce genre, les circonstances particulières du fait exposé par M. Robert, et surtout les rapports de la tête de l'humérus fracturé à son col, la saillie qu'elle forme sous la peau souple, extensible de cette région, l'impuissance enfin des mains les plus exercées pour réduire cette luxation, tels sont les motifs qui me suggèrent l'idée d'un moyen mécanique, dont l'essai paraît possible, sans inconvénient. Ce serait l'application médiate de l'une des branches, sinon des deux branches du forceps, ou bien d'un instrument faisant office de levier ou de curette, et agissant, malgré la peau, comme les doigts en crochet, mais avec une puissance fixe et infatigable, pour déplacer, soutenir et refouler la tête de l'os dans sa cavité articulaire. Je ne propose, du reste, ce moyen qu'avec la plus grande réserve. »

M. MOREL-LAVALLÉE croit devoir rappeler qu'avant le premier fait de M. Richet, il y avait déjà dans la science d'autres cas où la réduction a été obtenue par le moyen des pressions directes exercées sur le fragment supérieur de l'humérus à la fois luxé et fracturé. M. Morel a rassemblé ces faits en 1851 dans sa thèse sur les *luxations compliquées*, et il a même proposé de faciliter les manœuvres en relâchant les muscles au moyen du chloroforme.

M. HOUEL a examiné dans le Musée la pièce dont M. Lenoir vient de parler; le fragment supérieur est intra-articulaire; il est fort mince, et M. Houel pense que la fracture a porté en plein cartilage au-dessus du col anatomique. Le fragment était donc un véritable corps étranger, sans connexion avec l'organisme, et la consolidation était impossible.

M. DEMARQUAY a été appelé, il y a quelques mois, par M. Oulmont pour réduire une luxation de l'épaule avec fracture du col chirurgical. Les tentatives de réduction qu'il a faites ont été infructueuses. Il n'a pas eu recours au chloroforme, à cause de l'âge avancé de la malade. Celle-ci est restée infirme.

RAPPORT.

M. LABORIE lit un rapport sur une observation de M. Delacour, professeur suppléant à l'école secondaire de Rennes, candidat au titre de membre correspondant.

Conclusion : 1° Adresser des remercîments à l'auteur.

2° L'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Les deux conclusions sont adoptées La Société décide, en outre, que le rapport de M. Laborie sera inséré au Bulletin.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BOINET présente un calcul cylindrique ou plutôt légèrement conique, long de 3 centimètres et large d'environ 5 millimètres à sa partie moyenne. Ce calcul est un peu courbé sur son axe. Il vient probablement du bassinet et de la partie supérieure de l'uretère. En s'engageant dans l'urèthre, où il s'est arrêté, il a donné lieu à une rétention d'urine. M. Boinet, n'ayant pu passer avec une sonde élastique, eut recours à la sonde d'argent, qui heurta le calcul. Cette sonde ne put passer, mais M. Boinet ayant introduit un doigt dans le rectum jusqu'au niveau du calcul, put diriger favorablement une sonde cannelée introduite dans l'urèthre, et réussit enfin à faire pénétrer cet instrument derrière le calcul; celui-ci fut alors repoussé avec le doigt d'arrière en avant, et fut extrait par le méat urinaire.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN, dans un cas de ce genre, réussit à introduire entre le calcul uréthral et la paroi de l'urèthre une sonde de gomme élastique qu'il laissa en place pendant deux jours. Lorsqu'il la retira, le malade lança un jet d'urine qui entraîna le calcul jusqu'à l'extérieur. Mais il arrive quelquefois que les calculs arrêtés dans la région prostatique s'opposent à la fois à la miction et au cathétérisme. M. Hervez a vu deux faits de ce genre, et il a eu recours avec succès à l'incision périnéale, qu'il juge bien préférable, en pareil cas, à la ponction sus-pubienne de la vessie.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire de la Société, P. BROCA.

Séance du 9 juin 1858.

Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Encéphalocèle dans le grand angle de l'œil. — M. GUERSANT présente un enfant de cinq ans qui est affecté d'une tumeur siégeant dans la région oculo-nasale, dont le volume est à peu près celui d'une petite noix, et dans laquelle il est facile de reconnaître des battements isochrones avec les pulsations artérielles. Lorsque cette

tumeur n'avait que le volume d'un pois, on l'a ponctionnée, et il ne s'est écoulé que du sang. On pourrait croire qu'elle est de nature érectile; mais un cas semblable ayant été soumis à la Société de chirurgie il y a quelques années, M. Guersant, d'après les conseils qui lui furent donnés, fit une opération dont la mort fut la conséquence, et l'autopsie démontra que l'on avait pris un encéphalocèle pour une tumeur érectile. Instruit par l'expérience, il pense qu'il s'agit dans le cas actuel d'une tumeur formée par les membranes du cerveau et faisant hernie par la suture fronto-ethmoïdale.

M. RICHARD n'a jamais vu d'encéphalocèle avec des battements aussi forts. La nature de la tumeur lui semble pourtant incontestable; mais il pense qu'elle contient une couche de substance cérébrale.

MM. MOREL et LABORIE font remarquer que, cette tumeur se réduisant facilement sans donner lieu aux accidents ordinaires de la compression du cerveau, il est plus probable qu'elle ne renferme pas de substance cérébrale.

MM. LENOIR et RICHARD proposent la compression comme étant le seul moyen que l'on puisse opposer à cette maladie.

M. MICHON avait vu le malade dont il est question avant sa présentation à la Société de chirurgie. Il sait que la tumeur s'est d'abord manifestée par une tache, puis par des battements. Le médecin qui l'examina le premier pensa qu'il avait affaire à une tumeur érectile; mais M. Michon, remarquant que dans ce cas la tumeur ne serait pas aussi complétement et aussi facilement réductible, instruit d'ailleurs par le fait pour lequel la Société avait précédemment été consultée, ne douta pas un instant que ce fût là un encéphalocèle. Quant au traitement, la compression lui semble le seul moyen rationnel; elle convient dans ce cas comme pour toutes les hernies; elle ne pourrait être nuisible que si elle était faite sans précaution; mais il faut regarder la compression plutôt comme un obstacle à l'accroissement de l'encéphalocèle que comme un moyen de guérison.

M. GUERSANT fait remarquer que son opinion sur la nature de cette tumeur n'a pas trouvé de contradicteurs au sein de la Société.

Amputation partielle du pied. — M. DEMARQUAY présente un malade du service de M. Monod.

Cet homme, ayant eu les orteils écrasés, fut soumis au traitement par les réfrigérants, sous l'influence duquel il se forma une cicatrice que la marche déchirait. S'étant décidé à entrer à l'hôpital, le chirurgien hé-

sita d'abord entre l'amputation de Chopart et celle de Lisfranc; puis il se décida à pratiquer l'amputation médio-tarsienne dans la continuité des os, en laissant le scaphoïde, comme dans le procédé qui a été décrit par M. Laborie et que M. J. Jobert a pratiqué le premier.

M. Demarquay fait remarquer que la partie postérieure du cuboïde et des cunéiformes a été conservée, et que le malade marche sans peine, bien qu'un des lambeaux ait été détruit par la gangrène.

M. RICHARD attribue le procédé opératoire à Mayor, et M. Broca à Scultet.

M. LABORIE rappelle que, dans l'amputation qu'il a décrite sous le nom de M. J. Jobert, le principal avantage consiste dans la conservation du grand ligament calcanéo-cuboïdien, auquel est liée la voûte de la partie postérieure du pied. On pratique cette amputation derrière les cunéiformes en conservant le scaphoïde et le cuboïde; mais c'est une désarticulation, et non une amputation dans laquelle on scie les os.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

Luxation de la tête humérale avec fracture du col anatomique. — M. HOUEL, à l'occasion du procès-verbal, présente la pièce dont M. Lenoir a parlé dans la séance précédente, et qui est déposée au Musée Dupuytren sous le n° 1729. Il montre que la fracture de cette pièce siége sur le col anatomique, et il insiste sur l'importance qu'il y a à distinguer, avant toute tentative de réduction, les deux variétés de fracture du col anatomique et du col chirurgical.

Pour la fracture du col anatomique, M. Houel admet avec M. Lenoir l'impossibilité de la réduction, et il pense que si on parvenait à l'opérer, la tête de l'humérus deviendrait dans l'articulation un corps étranger privé de tout moyen de nutrition, et incapable de se consolider.

M. RICHET fait remarquer que cette fracture diffère de celles dont il a parlé; que pour les cas où la fracture est au-dessous du col anatomique, la réduction est possible et très-avantageuse, quand on parvient à l'opérer.

Désarticulation du maxillaire inférieur (procédé de l'arrachement). — M. DEGUISE, rappelant une communication faite dans une des précédentes séances, demande s'il ne serait pas convenable qu'on écrivît à M. Maisonneuve pour lui demander de vouloir bien communiquer à la Société l'histoire du malade dont M. Richet a parlé, et qui paraît avoir succombé à une hémorrhagie. La communication de M. Richet étant en contradiction avec l'assertion de M. Maisonneuve, qui avait

annoncé qu'il n'avait jamais observé d'accident à la suite de l'arrachement du maxillaire inférieur, il serait bon que la Société fût édifiée à ce sujet.

Plusieurs membres de la Société font remarquer que si M. Maisonneuve n'admet pas l'assertion de M. Richet, il viendra de lui-même (s'il le juge convenable) donner des explications qui n'ont pas besoin d'être provoquées directement.

M. LENOIR rappelle que M. Maisonneuve a attribué la cause de cette hémorrhagie à une angine pultacée ; il ne chercherait pas sans doute à donner une autre explication.

M. RICHET explique qu'il n'a voulu communiquer qu'un fait scientifique en contradiction avec l'assertion de M. Maisonneuve.

CORRESPONDANCE.

M. MICHON dépose un mémoire sur l'opération césarienne, qui lui a été envoyé d'Amiens par M. Andrieu, médecin de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

Accusation de plagiat. — M. THOMPSON adresse à la Société un de ses ouvrages et la thèse de M. José Prô, thèse qui a été l'année dernière l'objet d'un rapport de M. Verneuil. Dans sa lettre d'envoi, M. Thompson accuse M. Prô de lui avoir pris un grand nombre de passages sans l'avoir cité. Ainsi, dit-il, la partie qui forme le corps de la thèse, et que l'auteur présente comme étant le résultat de ses propres observations, est presque intégralement traduite du 2e chapitre de l'ouvrage de M. Thompson ; de plus, sur 26 pages qui forment l'ensemble des observations propres de M. Prô, 23 sont traduites mot à mot, sans mentionner l'ouvrage où il les a puisées.

La lettre et le livre de M. Thompson et la thèse de M. Prô sont renvoyés à M. Verneuil.

Nomination. — Une proposition, appuyée par dix membres titulaires de la Société, sollicite le titre de membre honoraire pour M. le docteur Bégin, président du conseil de santé des armées, etc. La proposition est renvoyée à une commission composée de MM. Michon, Larrey et Deguise.

LECTURE.

Épanchement de sérosité consécutif à une contusion. — M. VERNEUIL donne lecture de l'observation suivante :

« Un homme de trente ans environ, d'une constitution vigoureuse,

était occupé avec plusieurs de ses camarades à maintenir dans la position verticale une poutre de grande dimension. C'était un de ces pieux que l'on enfonce en terre en laissant tomber sur leur extrémité supérieure un énorme marteau nommé mouton.

» Par inadvertance le mouton fut lâché avant que les ouvriers fussent prévenus; le pieu, qui n'était pas exactement maintenu, transmit à l'improviste un choc violent à ceux qui le soutenaient et trois ouvriers furent renversés sur le coup. Le pieu tomba à son tour. L'homme qui fait le sujet de cette note raconte que ce corps pesant, en le renversant, pressa le moignon de l'épaule droite, l'omoplate du même côté et enfin la région lombaire. Que le pieu ait frôlé les régions en question ou que l'homme dans sa chute ait glissé le long de la pièce de bois, c'est ce qu'il n'est pas facile d'élucider, toujours est-il que poutre et ouvriers se trouvèrent instantanément couchés à terre.

» Lorsque notre malade chercha à se relever, il sentit une vive douleur dans la région lombaire. Comme il n'y avait nulle apparence de plaie, on se contenta de lui ordonner le repos, et en effet l'accident n'eut pas de suites fâcheuses, si j'en excepte une grande gêne dans les mouvements du rachis et des membres inférieurs, gêne comparable à celle du *tour de rein*. Quelques applications topiques furent faites sur le point douloureux. Lorsqu'au quatrième jour M. Surbled, médecin distingué de Corbeil, explora la région, il trouva sur la ligne médiane, au-dessus du sacrum, au niveau des apophyses épineuses lombaires, une tumeur large, aplatie, mesurant au moins 15 centimètres de diamètre et faisant au-dessus du plan des parties voisines une saillie prononcée. Cette tumeur était presque indolente, sans changement de couleur à la peau, très-fluctuante et d'une mollesse égale dans tous les points. Notre confrère pensa avoir affaire à une vaste collection formée par du sang fluide accumulé en cet endroit par suite de la contusion. Il se décida à pratiquer à la partie déclive de la tumeur une petite ponction avec la pointe d'une lancette aiguë. Son étonnement fut grand lorsqu'au lieu de sang il vit s'écouler par la piqûre un jet de sérosité limpide, citronée à peine, légèrement colorée en rose. Soit que l'ouverture fût trop petite, soit pour quelque autre cause, il s'écoula seulement quatre ou cinq cuillerées de liquide, et la tumeur conserva une partie de son volume. Le toucher, pratiqué sur la poche devenue beaucoup plus molle, n'y fit reconnaître aucune dureté, aucune inégalité profonde. Trois ou quatre jours après la poche s'était remplie, elle était même plus ample que la première fois, sans que toutefois les caractères extérieurs eussent changé. Le malade souffrait moins dans les mouvements,

il commençait à se lever et à marcher, quoique lentement. La ponction fut répétée de la même manière, mais cette fois un jet s'échappa comme d'une saignée, et il fut facile de recueillir en quelques minutes environ deux verres à boire de la même sérosité, aussi limpide, aussi exsangue que la première fois. Pas plus que la première fois cette seconde ponction n'amena d'accident quelconque. La poche se remplit de nouveau, mais avec moins d'activité. Une troisième, puis une quatrième ponction furent pratiquées encore à quatre ou cinq jours d'intervalle, elles donnèrent les mêmes résultats. La santé du malade était fort bonne, les fonctions de locomotion s'améliorant de jour en jour.

» Les choses en étaient là, lorsque j'eus l'occasion de faire un voyage à Corbeil. Mon confrère et ami M. Surbled eut l'obligeance de me montrer le sujet en question, qui n'avait pas été ponctionné depuis quelques jours. L'accident datait alors d'un mois environ. La région lombaire offrait les phénomènes suivants :

» Le malade étant debout, au premier abord rien ne faisait soupçonner l'existence d'une lésion quelconque; cependant, un examen attentif montrait un léger soulèvement dans un point correspondant aux trois dernières apophyses épineuses lombaires et aux deux surfaces aponévrotiques latérales qui recouvrent la masse commune des muscles des gouttières vertébrales. Aucune trace d'ecchymose ; vestige d'une petite piqûre vers le bord supérieur du sacrum. En revanche, la pulpe des doigts, appliquée très-légèrement sur le point lésé, faisait à l'instant naître cette sensation particulière sur laquelle M. Morel-Lavallée a insisté avec raison, et que déjà, pour ma part, je constatais pour la troisième fois. Cette sensation caractéristique, appréciable et au toucher et à la vue, consiste dans un tremblotement de toute la paroi superficielle de la poche. On ne saurait mieux le comparer qu'à l'oscillation d'une vaste vessie humide, aplatie, et qui ne renfermerait qu'une couche fluide de 1 à 2 centimètres d'épaisseur. La succussion et la percussion la plus faible suffisent pour faire osciller toute la poche, et un seul doigt suffit pour révéler ce phénomène, on ne peut pas plus spécial. C'est tout autre chose que la fluctuation, et pour obtenir celle-ci d'une manière franche, je fus obligé, à l'aide d'une large pression exercée de haut en bas, d'accumuler le fluide à la partie inférieure de la poche. Au reste, la pression n'éveillait pas la moindre douleur. La peau ne présentait aucun épaississement, et rien ne pouvait faire soupçonner dans l'intérieur du sac le moindre caillot. La circonférence de la cavité n'était appréciable que par l'étendue des vibrations de la paroi; car il n'y avait là ni bourrelet, ni dépression, ni induration circulaire.

» La quantité de liquide contenu était très-minime, ce qui indiquait que la tendance à l'exhalation était à son terme. Cependant, une dernière ponction fut faite, et il s'écoula environ deux cuillerées à bouche de sérosité. La poche en devint plus flasque encore, et je pus alors, en pinçant la peau, la soulever en un large pli, ce qui indiquait la destruction de ses adhérences profondes.

» M. Surbled espère que cette fois la guérison s'achèvera spontanément. Si toutefois le liquide se reproduisait encore en quantité notable et mettait obstacle au recollement de la peau, il serait d'avis, avec moi, d'injecter dans la poche quelques cuillerées du liquide iodé qu'on emploie dans l'hydrocèle. La compression, les vésicatoires volants, pourraient sans doute avoir aussi des avantages.

» J'ai pensé que la Société n'entendrait pas sans quelque intérêt cette courte lecture. Évidemment elle n'ajoute rien de nouveau à la description donnée par M. Morel-Lavallée, mais elle confirme d'une manière nette les opinions de notre collegue.

» Les faits aussi concluants ne sont pas d'ailleurs très-communs ni très-vulgarisés encore. Je ferai remarquer rapidement d'abord le mécanisme, qui, quoiqu'un peu douteux, s'accorde assez bien avec la nature de la lésion. L'absence de tous les signes d'une contusion dans une région où la peau repose immédiatement sur des plans résistants, rend probable l'hypothèse d'un décollement consécutif à une pression presque parallèle à ce plan résistant. La région lombaire présente d'ailleurs toutes les conditions anatomiques requises par M. Morel pour la formation de ce genre d'épanchements; et lorsque j'ai constaté pour la première fois l'ensemble des phénomènes précédemment décrits, il s'agissait aussi de la région lombaire; le sujet était un écuyer couché dans le service de M. Velpeau, et qui avait fait une chute de cheval. Notons que le développement de la tumeur n'a pas été immédiat comme dans les bosses sanguines, et que c'est seulement vers le troisième ou quatrième jour que la saillie est devenue très évidente.

» Enfin, et c'est là un point majeur, pour admettre l'existence de l'épanchement primitif de sérosité, la ponction pratiquée dès le quatrieme jour n'a donné issue qu'à un fluide translucide, sans mélange de sang. On ne peut donc guère songer ici, comme je le croyais à une certaine époque, à cette métamorphose si souvent signalée dans les tumeurs sanguines, métamorphose plus ou moins tardive, en vertu de laquelle le sang résorbé fait place a une exsudation de sérosité. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'absence complète des signes principaux des épanchements sanguins, savoir : l'ecchymose, la crépitation, la dépres-

sion centrale, le bourrelet périphérique. De plus, comme on l'a vu, les ponctions n'ont déterminé aucune inflammation.

» Le fluide extrait à diverses reprises n'a point été analysé. Tout ce que j'ai pu constater, c'est qu'il était légèrement filant et onctueux comme le sérum ou la lymphe plastique. »

M. ROBERT ne veut pas que l'on considère l'injection iodée comme un moyen infaillible; elle peut sans doute réussir, mais elle a échoué entre ses mains dans des cas semblables à celui qui vient d'être communiqué à la Société, et dans l'un il a été forcé de recourir à l'incision. M. Robert pense donc qu'il faut attendre la fin de l'observation pour en tenir compte.

M. CLOQUET insiste beaucoup sur l'existence des vaisseaux qu'il appelle des artères blanches, et qui, suivant lui, jouent un très-grand rôle dans les épanchements séreux.

M. MICHON attache une grande importance à un signe indiqué par M. Morel. Ce signe est le *tremblotement*, qui tient à l'étendue de la poche et à la ténuité du liquide. S'il n'est pas pathognomonique, c'est qu'un kyste pourrait donner lieu à la même sensation, et que d'ailleurs il peut manquer. M. Michon compare ces épanchements au développement des membranes synoviales accidentelles. Ils peuvent provenir primitivement de la rupture des vaisseaux, mais leur reproduction après l'opération semble indiquer un état organique spécial.

M. MOREL admet que le tremblotement peut ne pas exister, mais il croit qu'on ne le trouve dans aucune autre tumeur. Pour lui aussi l'organisation de la poche qui limite les épanchements n'est que secondaire ; mais il ne l'a constatée directement qu'une fois.

M. CHASSAIGNAC explique la formation des épanchements dont on s'occupe par l'exsudation de la lymphe plastique qui se fait dans ce cas comme dans les plaies sous cutanées. Il admet que le développement de la poche est antérieur à l'épanchement.

M. CLOQUET insiste de nouveau sur l'existence *des artères blanches* et sur les épanchements qu'il appelle *hémorrhagies blanches.*

RAPPORTS

M. GIRALDÈS fait un rapport verbal sur un livre du professeur Beale ayant pour titre : *On the Anatomy of the Liver*, Londres, 1856, 22 pl. photographiées. Il lit ensuite, au nom d'une commission composée de MM. Larrey, Monod et Giraldès, un rapport sur un mémoire de M. Monsel, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Bordeaux, relatif aux propriétés hémostatiques du sulfate de fer.

Ce mémoire sera déposé aux archives, et le rapport publié dans les *Bulletins*.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, P. Broca.

Séance du 16 juin 1858.

Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Double hernie de l'ovaire. — M. GUERSANT présente une petite fille âgée de trois ans, atteinte de deux tumeurs inguinales, dont la première a été reconnue il y a six mois. Ces deux tumeurs ont depuis lors fait des progrès notables, surtout celle de droite, qui a aujourd'hui le volume d'un œuf de pigeon. Le siége de ces tumeurs est exactement celui des hernies inguinales; elles s'avancent inférieurement jusqu'à la partie supérieure de la grande lèvre. Toutes deux sont solides, et présentent même une consistance assez ferme. La tumeur du côté gauche est réductible. Celle du côté droit est beaucoup trop volumineuse pour pouvoir rentrer dans le ventre à travers l'anneau et le canal inguinal. Cette dernière est douloureuse, surtout au toucher; elle s'est accrue d'une manière sensible depuis quelque temps. L'enfant éprouve des coliques fréquentes; mais le ventre n'est pas douloureux à la pression. M. Guersant a eu l'occasion d'observer une tumeur semblable chez une autre enfant un peu plus âgée. La tumeur descendait beaucoup plus bas dans la grande lèvre, et sur l'avis de plusieurs de ses collègues, M. Guersant en entreprit l'extirpation; mais il s'en repentit bientôt. La tumeur était un ovaire hernié; le péritoine fut naturellement ouvert dans l'opération, et la petite opérée succomba à une péritonite presque foudroyante. Ce fait malheureux a été communiqué à la Société il y a six ou sept ans. M. Guersant pense que, dans le cas actuel, il s'agit également de hernies de l'ovaire. Il est bien décidé à n'entreprendre aucune opération sanglante; mais il se demande et demande à ses collègues quel est le traitement auquel il devra recourir.

M. BOINET reconnaît que ces deux tumeurs sont des hernies inguinales, et qu'elles ne renferment pas d'intestin. Mais il se demande si ce sont des ovaires ou des masses d'épiploon. Sur ce point, il ne croit

pas pouvoir se prononcer. Quant au traitement, il pense qu'il n'y a rien à faire pour le moment. Il repousse même l'application d'un bandage dont les pelotes ne feraient qu'irriter des tumeurs déjà douloureuses, et dont l'une est d'ailleurs tout à fait irréductible.

M. VELPEAU ne se prononce pas non plus sur le diagnostic. Il est possible que ces tumeurs soient des hernies de l'ovaire, mais c'est une probabilité et non une certitude.

M. HUGUIER trouve que ces tumeurs, surtout celle du côté droit, sont beaucoup plus grosses que ne le sont habituellement les hernies de l'ovaire chez les enfants de cet âge. En outre, il serait singulier que les deux ovaires eussent fait hernie à droite et à gauche. M. Huguier se sent donc peu disposé à admettre le diagnostic de M. Guersant.

M. LENOIR rappelle que les tumeurs sont solides, que ce sont des hernies, et que par conséquent elles ne peuvent être formées que par l'épiploon ou par les ovaires. Mais, chez les enfants de cet âge, l'épiploon ne descend pas assez bas pour s'engager dans les hernies de l'aine. Le volume des tumeurs ne prouve pas qu'elles ne soient pas constituées par les ovaires. Ces organes ont très-bien pu se tuméfier après leur sortie de l'abdomen, et l'existence de cette tuméfaction consécutive est manifeste dans la tumeur du côté droit, qui est ainsi devenue irréductible. La seconde objection de M. Huguier est loin d'être sans réplique, car on a vu plus d'une fois la hernie de l'ovaire se faire simultanément à droite et à gauche; on en trouve déjà un exemple dans l'ouvrage de Pott. M. Lenoir est donc conduit à diagnostiquer une double hernie de l'ovaire.

M. CHASSAIGNAC propose, pour compléter le diagnostic, l'exploration de l'utérus au moyen du toucher rectal. On pourra voir ainsi si l'utérus est déplacé comme il doit l'être s'il s'agit de hernies de l'ovaire; on verra en même temps si les tractions exercées sur les tumeurs se transmettent à l'utérus, et réciproquement. Relativement au traitement, M. Chassaignac pense qu'il y aurait inconvénient à laisser les tumeurs se développer davantage, et il propose l'extirpation de la tumeur du côté droit, qui est la plus volumineuse et la plus inquiétante; seulement, il faudra agir avec précaution pour éviter la péritonite. On devra donc mettre la tumeur à découvert, l'isoler de toutes parts, puis ouvrir le sac jusqu'au pédicule, et trancher ce dernier au moyen de l'écrasement linéaire.

M. MOREL-LAVALLÉE. « Je voulais proposer, comme M. Chassaignac, le toucher rectal. Je pense que les tractions exercées sur les tumeurs,

surtout sur celle qui est réductible, pourraient produire sur l'utérus des ébranlements que le doigt placé dans l'intestin sentirait. La situation même du fond de la matrice, renversé en avant vers les anneaux, serait également un signe précieux et facilement perçu. J'ai disséqué, à l'hospice des Enfants-Trouvés, des cas de cette nature, sinon doubles, au moins simples, et j'ai toujours constaté directement et par le toucher rectal cette situation de l'utérus qui avait en partie basculé, et dont le fond s'était aussi infléchi sur son col.

» Quant aux organes herniés, ce sont, suivant moi, les ovaires, un peu altérés par suite de leur déplacement à l'extérieur. J'ai cependant vu la trompe gonflée et indurée présenter une tumeur facile à confondre avec celle de l'ovaire.

» Réduire la hernie réductible et la maintenir avec un brayer, comprimer doucement avec un bandage à pelote creuse celle qui est irréductible, et essayer plus tard le taxis. Dans tous les cas, n'opérer que s'il survenait des accidents. »

M. HUGUIER pense qu'on pourrait également explorer l'utérus par le vagin au moyen d'une sonde de femme. On constaterait ainsi la longueur du vagin ; si les deux ovaires sont herniés, l'utérus doit être attiré en haut et le vagin doit être allongé.

M. CAZEAUX n'a aucun doute sur la nature de ces tumeurs, qu'il considère comme des ovaires herniés et tuméfiés ; il ne voit d'ailleurs aucun inconvénient à compléter le diagnostic par le toucher rectal. Mais il pense que l'exploration vaginale proposée par M. Huguier pourrait induire en erreur. En effet, l'utérus manque quelquefois chez les sujets atteints de hernie ovarique double, et alors le vagin, au lieu d'être allongé, est au contraire plutôt raccourci. M. Cazeaux a vu deux cas de hernie ovarique double, et, dans un de ces cas, il y avait absence d'utérus. Il approuve la réduction de la hernie gauche et l'application d'un bandage, il n'admet pour l'autre aucune opération.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend, outre les journaux de la semaine :

1° La thèse de M. Warmont, ancien interne des hôpitaux, candidat au prix Duval. Cette thèse est intitulée : *Recueil d'observations rares de médecine et de chirurgie*, par Pierre de Marchetti, traduit en français, et précédé d'une *Étude historique sur la vie et les ouvrages de l'auteur.*

2° Un mémoire manuscrit sur le traitement du *spina bifida*, par

M. le docteur Viard, de Montbarn, candidat au titre de membre correspondant. Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée. (MM. Huguier, Giraldès et A ph. Guérin.)

— **M. LARREY** présente de la part de M. Gama, ancien chirurgien en chef, professeur au Val-de-Grâce, une brochure intitulée : *De l'utilité des citernes dans les établissements militaires ou civils et les maisons particulieres.*

NOMINATION.

M. DEGUISE fils, au nom d'une commission composée de MM. Larrey, Michon et Deguise, lit un rapport sur la demande écrite et signée de dix membres de la Société, qui a été déposée sur le bureau dans la derniere séance La commission propose, comme les signataires, de conférer le titre de membre honoraire à M. Bégin, président du conseil des armées, membre de l'Académie de médecine, etc.

Aux termes du règlement, cette conclusion sera mise aux voix dans la séance prochaine.

RAPPORT.

Accusation de plagiat. — **M. VERNEUIL** lit le rapport suivant sur la réclamation adressée à la Société, dans la dernière séance, par M. le docteur Henry Thompson, de Londres :

« Messieurs, c'est sous l'influence d'un sentiment pénible que j'aborde aujourd'hui la tribune de la Société de chirurgie. C'est la première fois qu'elle entendra les tristes vérités que je vais lui révéler. Plaise à Dieu que ce soit la dernière.

» La religion de la Société a été surprise, et j'en suis la cause principale; je n'ai pas besoin d'ajouter, je pense, la cause involontaire. A mon instigation vous avez accordé votre approbation et adressé vos remercîments à un travail qui réalise au plus haut degré ce délit honteux qu'on appelle le plagiat. Sans les observations si opportunes de l'un de nos collègues, un homme, trompant notre bonne foi, aurait été décoré d'un titre dont il est indigne et qui lui aurait conféré le droit de s'asseoir au milieu de vous dans cette enceinte.

» Voici ce dont il s'agit. Le 14 mai 1856, notre honorable collègue M. le professeur Cloquet déposa sur le bureau, et à titre d'hommage, la thèse inaugurale de M. José Prô (de Lima).

» Cette thèse, sur *l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urèthre*, renferme, dit le procès-verbal de la séance, de précieuses recherches sur les pièces les plus intéressantes renfermées dans les musées de Londres.

» La thèse, d'ailleurs, était dédiée à notre savant confrère M. Charles Robin et à M. le professeur Nélaton. M. Prô appelait le premier son maître et son ami; il remerciait le second « de la bienveillance dont il l'avait comblé. » C'est sous un tel patronage que ce travail arrivait à la Société; j'en fus nommé rapporteur. J'avais très-souvent vu M. Prô à l'école pratique; il avait disséqué dans le cabinet d'un des prosecteurs, mon ami; rien ne pouvait me faire soupçonner sa moralité scientifique. Il vint me faire une visite, m'instruisit des motifs très-louables qui l'avaient engagé à aller en Angleterre pour y étudier sur place les riches collections, et me confia de plus, qu'espérant obtenir une place de professeur dans sa patrie, il tiendrait à grand profit et à grand honneur d'être associé aux travaux de notre Société.

» Toutes ces raisons, qui annonçaient un homme laborieux et ami de la science, agirent sur moi; je m'engageai donc à m'occuper sérieusement de son travail. Je tins ma promesse, et le 31 décembre 1856, je soumis à votre jugement un rapport moins soigné que je ne l'aurais voulu, mais qui indiquait au moins par son étendue que j'avais étudié avec détail l'œuvre dont je parlais. J'avais trouvé dans la thèse une longue série de pages bien écrites, bien pensées, instructives à plusieurs égards, et qui m'intéressèrent d'autant plus qu'en certains points j'y trouvais l'essence des opinions anglaises les plus récentes, inconnues encore à plusieurs d'entre nous, et à moi en particulier. M. Prô annonçait d'ailleurs dans son introduction un travail spécial, émané de lui, et qui me parut en effet fort attrayant.

» Toutefois le mémoire n'était pas sans défaut. Je ne fis pas grâce de mes critiques à l'auteur, soit dans le rapport même, soit dans la discussion qui se prolongea pendant plusieurs séances. Cependant, je dois l'avouer, je n'eus pas le moindre soupçon du vice qui entache cette œuvre. Le plagiat, Dieu merci, est à peu près inconnu en France. Parfois l'absence d'érudition suffisante, d'une part, l'ingéniosité trop grande, de l'autre, conduisent nos compatriotes à réinventer des choses assez connues. Mais nous devons reconnaître à notre honneur que nous sommes inhabiles à nous vêtir sciemment des plumes du paon.

» Enfin, si cette raison pouvait me justifier, je dirais que mes collègues y furent pris comme moi, et comme nous aussi certaines personnes étrangères à la Société, qui, à propos de mon rapport, glissèrent dans la presse quelques paragraphes peu bienveillants auxquels je n'ai pas cru devoir répondre. M. J. Prô nous a donc tous trompés en France.

» Mais par bonheur la vérité finit toujours par se découvrir, et voici

comment elle est arrivée d'abord jusqu'à l'auteur copié, puis jusqu'à nous. Une feuille américaine, le *Journal trimestriel des sciences médicales d'Amérique*, dans son numéro de mars, rendait compte d'un ouvrage publié en Angleterre sur les maladies du rectum, et signalait plus d'un emprunt fait à une publication écrite en Amérique. Le rédacteur, signalant cette fourberie scientifique, ajoutait, peut-être pour justifier ses compatriotes dont la réputation n'est pas sans tache à cet égard, que pareils faits se passaient également en France, et à ce propos il mettait complaisamment en regard des passages de la thèse de M. Prô, et d'un *Traité des rétrécissements de l'urèthre* publié par M. le docteur Henry Thompson.

» C'est par cette voie que ce dernier chirurgien, l'un des plus honorables et des plus capables de nos jeunes confrères d'outre-Manche, apprit lui-même qu'il avait été odieusement pillé par M. José Prô. Le livre de M. Thompson, intitulé *Pathology and Treatment of Stricture of the Urethra*, avait mérité en 1852 le prix Jackson délivré par le Collége des chirurgiens de Londres. C'est un ouvrage très-remarquable, très-laborieusement et très-soigneusement étudié, et qui ne ressemble en rien à une foule de publications faites sur ce sujet dans un simple espoir de lucre. M. José Prô, trouvant sans doute plus commode la besogne faite que la besogne à faire, eut l'audace de donner comme sien et de signaler comme la partie originale de sa thèse le fruit des travaux de M. Thompson. Il copia sans façon à peu près trente pages du livre en question, en fit la traduction la plus consciencieuse, sans changer pour ainsi dire un seul point, une seule virgule; puis il nous apporta sa thèse comme un travail qui lui avait coûté les plus grands labeurs. C'est précisément ce passage qui avait attiré mon attention de rapporteur, et sur lequel j'avais fait surtout porter la discussion. En réalité donc, c'est M. Thompson que vous et moi nous avons argumenté; c'est à M. Thompson que reviennent les éloges qu'à ma demande vous avez adressés au copiste.

» Il aurait suffi à notre honorable confrère anglais de signaler cette déloyauté en quelques mots, et votre rapporteur aurait mis le temps et le soin nécessaires à constater l'étendue du plagiat. M. Thompson a fait plus, et, rendant assez justice à la Société de chirurgie pour être assuré d'une réparation prompte et exemplaire, il a pris la peine de vous adresser, ainsi qu'à moi, son ouvrage, où sont marqués à l'encre rouge tous les passages que M. Prô a traduits littéralement. Dans la lettre adressée à la Société et dans une seconde lettre qu'il a bien voulu me faire parvenir directement, M. Thompson revendique son droit in-

déniable avec une modération et une convenance parfaites, dont, comme rapporteur en particulier, je suis tout à fait touché. Il a la délicatesse de faire comprendre qu'il ne nous rend pas solidaires d'un tel acte de piraterie; c'est ce dont nous le remercions très-cordialement.

» On se souvient peut-être, lors de la discussion que souleva la thèse en question, de l'objection faite par notre collègue M. Giraldès; il reprochait à M. Prô d'avoir donné pour des observations anatomiques consciencieuses la simple copie de l'étiquette des bocaux renfermant les pièces. Cette imputation est très-exacte, comme me l'ont appris des renseignements précis émanés d'une source certaine. M. Prô, de la page 74 à la page 122, semble décrire sommairement 124 pièces pathologiques. J'avais trouvé ce document important; mais je suis désillusionné en apprenant que cette liste sans critique et sans observation personnelle n'est que la traduction littérale de catalogues imprimés ou existant dans les musées de Londres. D'ailleurs cette étude avait été faite par M. Thompson avec une bien autre valeur, cet auteur ayant examiné et vérifié avec soin 320 observations.

» En résumé, la thèse de M. Prô a 122 pages, et, sur ce nombre, un tiers appartient mot pour mot à M. Thompson, un tiers n'est autre qu'une copie incomplète de catalogues.

» Il n'est pas besoin, Messieurs, de s'étendre longtemps sur un pareil acte et de faire de longues phrases pour stigmatiser une semblable conduite. Nous avons été trompés, il faut l'avouer humblement, et exprimer hautement le profond mépris que nous inspire le plagiaire, qui heureusement n'est pas Français. Certes il est dur d'exécuter de la sorte un homme qui porte le titre de confrère, mais il faut savoir aussi que la propriété littéraire est aussi sacrée que toute autre. La législation n'a pas encore consacré ce principe, il est vrai, mais les gens honnêtes savent au besoin trouver en eux des règles de conduite là où le Code pénal est muet.

» Il m'est pourtant agréable de relever une erreur commise par le journal américain, par *the Lancet* et par M. Thompson lui-même : tous s'accordent à dire que M. José Prô est membre correspondant de la Société de chirurgie. Dieu merci il n'en est rien, nous lui avons seulement voté des remercîments que nous devons lui retirer publiquement, puisqu'ils ont été publiquement donnés.

» Mais je ne terminerai pas, Messieurs, sans exprimer un vœu qu'il me serait doux de vous voir ratifier. Lorsqu'un tribunal a porté un jugement, en appeler à ce tribunal lui-même, c'est reconnaître

son autorité et avoir espoir en sa justice. Les droits de M. Thompson sont évidents, et il veut cependant nous les soumettre; en faisant cette démarche franche et loyale notre digne confrère nous honore. La réparation qui vous est demandée vous l'accorderez de grand cœur. Ne pourriez-vous pas faire davantage, et ne pourriez-vous, cette fois sans crainte d'erreur, vous associer un homme honorable et instruit qui fait un acte de candidature fort insolite, il est vrai, mais qui prouve au moins sa déférence pour nos jugements ?

» De cette façon, du moins, nous pourrions pallier ce que cet incident a de pénible et de honteux pour notre profession.

» J'ai donc l'honneur de vous proposer :

» 1° D'adresser à M. Thompson l'expression de nos regrets pour la méprise à laquelle la thèse de M. José Prô a donné lieu;

» 2° D'y joindre nos remercîments sincères pour la confiance qu'il nous a montrée et pour l'envoi de son livre;

» 3° D'inscrire M. Thompson sur la liste de nos futurs membres correspondants. »

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Ecrasement de la poitrine; — fractures multiples du sternum et de presque toutes les côtes; — rupture du cœur. — M. MOREL-LAVALLÉE présente des pieces et remet l'observation suivante :

« Un homme d'environ soixante ans est renversé par un omnibus, dont une des roues lui passe sur la poitrine. On le relève mourant, et on le transporte immédiatement à l'hôpital Saint-Antoine, en face duquel l'accident venait d'avoir lieu. Le blessé fit encore quelques signes à sa femme qui l'accompagnait; mais il rendait le sang par le nez, par la bouche, et il était sans pouls; il fit à peine quelques inspirations, et il expira.

» A l'autopsie, on trouva :

» 1° Quatre fractures du *sternum;* une transversale avec une légère obliquité d'avant en arrière et de bas en haut, occupant le milieu de la première pièce de l'os; une autre au niveau de la deuxième côte; une autre entre la troisième et la quatrième côte, et la derniere entre la quatrième et la cinquième côte; ces trois dernières transversales, et, comme la première, sans déplacement, en raison de l'intégrité presque complète du périoste.

» 2° Toutes les *côtes* du côté droit et les sept premières du côté gauche étaient fracturées, la plupart en deux points. D'abord à environ deux travers de doigt de leur union avec le cartilage sternal, et un peu

en arrière de la partie moyenne, sur deux lignes sensiblement parallèles. Toutes étaient dentelées, sans déplacement notable, surtout aux fractures antérieures. Aux fractures postérieures, le fragment vertébral offrait seul une tendance à se porter pour quelques côtes en avant, et pour quelques autres en arrière.

» Les fractures antérieures ont dû d'abord se produire, puis, la pression de la roue se transmettant à l'extrémité antérieure du fragment postérieur, il a cédé à son tour, d'où la deuxième série de fractures costales.

» 3° La *clavicule* droite était cassée à son tiers interne.

» 4° L'*avant-bras* gauche, à son tiers inférieur.

» 5° Le *cœur* offrait une déchirure de toute la paroi antérieure du ventricule gauche et de la partie supérieure de la cloison intra-ventriculaire; l'oreillette gauche était également largement ouverte. La valvule mitrale était désorganisée; la plupart de ses cordons fibreux étaient arrachés ; un lambeau de la colonne charnue leur donnait attache.

» Le cœur paraît s'être rompu par une pression excessive. Aucun fragment osseux ne correspond à cette rupture.

» 6° Le *péricarde*, déchiré en avant, avait permis au sang de former un épanchement considérable dans la plèvre gauche.

» 7° La *crosse aortique* offrait en avant, dans une étendue de 3 à 4 centimètres, une ecchymose noirâtre qui pénétrait jusqu'à la tunique jaune.

» 8° Les *poumons* n'ont pas présenté de déchirure, quoique le sang rendu par le nez et la bouche montrât assez qu'ils avaient souffert.

» Rien à noter ailleurs. »

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Paul Broca.

DU RAPPORT DES LÉSIONS ET DES SYMPTOMES dans le mal vertébral.

Par M. Bouvier.

(Lu dans la séance de la Société de chirurgie du 26 mai 1858.)

Nul ne conteste la pluralité des lésions qui produisent le mal vertébral ; mais ces lésions ont-elles chacune des effets propres, permettant de les considérer comme des espèces pathologiques distinctes, comme

des maladies vertébrales différentes ? Notre honorable collègue M. Broca s'est efforcé de séparer par des caractères tranchés deux groupes de lésions vertébrales, savoir, les affections tuberculeuses et celles qui dépendent de l'inflammation du tissu osseux ou de ses annexes, ou bien, pour simplifier les termes, les tubercules et la carie. Mes lectures et mes propres observations ne m'avaient pas fait reconnaître de différences aussi absolues entre ces deux genres de lésions ; mais, en présence des affirmations formelles de mon savant ami, j'ai dû reprendre *ab ovo* l'étude de cette question. C'est le résultat de ces nouvelles recherches que je soumets aujourd'hui à l'appréciation de mes collègues.

J'ai analysé cent vingt observations de mal vertébral, consignées dans les *Bulletins de la Société anatomique*, dans le *Traité des maladies articulaires* de Brodie, dans la description du musée de Hovius par Bonn, dans les *Observations sur les difformités* de Delpech et Trinquier, dans le *Traité des maladies de la moelle épinière* d'Ollivier (d'Angers), et dans les mémoires spéciaux de Nichet, de MM. Louis, Laurence, Lebert. Il m'eût été facile de doubler le nombre des faits ; mais les circonstances ne m'ont pas permis d'étendre plus loin ce travail. J'ai omis à dessein d'y faire entrer les observations inédites qui me sont propres.

Le dépouillement et le classement de ces faits m'ont fourni les solutions suivantes aux questions soulevées par le travail de notre estimable collègue.

Première question. — Le mal vertébral des enfants est-il le plus souvent tuberculeux, celui des adultes le plus communément dû à la carie ?

Sur 78 cas dans lesquels l'âge des sujets est indiqué et la nature de la lésion assez clairement établie, je trouve 49 adultes et 29 enfants. La maladie était tuberculeuse chez 30 adultes, produite par d'autres causes chez 19 seulement. 16 enfants ont présenté des tubercules vertébraux, 13 des affections d'une autre nature. Ainsi, la proportion des tubercules et de la carie s'est montrée, chez les adultes, dans le rapport de 3 à 2; chez les enfants, dans le rapport de 2 1/2 à 2 ; par conséquent, la fréquence des tubercules a été moindre dans le jeune âge.

Deuxième question. — Le mal vertébral est-il généralement tuberculeux dans la région dorsale et dans la région cervicale ? Celui des lombes dépend-il bien plus souvent de la carie ?

Je ne me suis pas occupé des affections de la première et de la

deuxième vertèbre cervicale, et sur 11 observations d'affection des cinq dernières vertèbres du cou que comprend mon relevé, la nature de la lésion n'est indiquée nettement que dans 2 cas.

Sur 44 cas de mal vertébral de la région dorsale à lésion assez bien déterminée, la maladie était tuberculeuse 24 fois, non tuberculeuse 20 fois. Sur 32 cas siégeant à la région lombaire ou lombo-sacrée, on trouve 21 fois des tubercules, 11 fois seulement d'autres affections osseuses. La fréquence des tubercules a donc été plus grande aux lombes qu'au dos.

Troisième question. — La gibbosité est-elle un phénomène à peu près constant dans l'affection vertébrale tuberculeuse? Manque-t-elle, au contraire, très-souvent dans la carie?

Sur 42 cas de mal vertébral tuberculeux, 27 ont été accompagnés de gibbosité; 15 n'en ont pas présenté. Sur 27 affections non tuberculeuses, il y a eu gibbosité dans 21 cas, absence de gibbosité dans 6 seulement. La gibbosité s'est donc rencontrée un peu plus fréquemment lorsque la maladie n'était pas tuberculeuse.

L'âge des sujets, le siége de la lésion, exercent une influence marquée sur la formation de la gibbosité.

1° Age. De 40 enfants atteints de mal vertébral, 34 ont offert une gibbosité; 6 seulement en ont été exempts. Au contraire, sur 61 adultes, 34 seulement ont eu la gibbosité; elle a manqué dans les 27 autres cas.

Cette différence ne dépend pas de la nature du mal ou de son siége suivant l'âge; car on la retrouve en comparant les deux périodes de la vie dans des cas semblables au point de vue du siége ou de la nature de la lésion.

2° Siége. 10 cas d'affection cervicale inférieure ont présenté 3 cas de gibbosité et 7 cas où ce symptôme ne s'est pas manifesté. A la région dorsale, sur 55 cas, il y a eu gibbosité 45 fois, absence de gibbosité 10 fois seulement. Aux lombes, au contraire, sur 36 cas, la gibbosité ne s'est montrée que 20 fois; elle a manqué dans 16 cas.

Quatrième question. — Est-il vrai que la carie vertébrale ou le mal vertébral non tuberculeux soit toujours primitivement superficiel? qu'il n'affecte pendant longtemps que la surface de l'os? Est-il vrai que les tubercules l'excavent toujours profondément dès le début?

Sur 14 cas de lésions très-superficielles, comprenant 7 cas d'affection des fibro-cartilages, 5 sont de nature tuberculeuse, 9 de nature inflammatoire.

Sur les 42 cas restants de tubercules, il s'en trouve 12 dans lesquels

l'altération portait principalement sur la surface des corps vertébraux, que les tubercules avaient érodée ou creusée d'alvéoles superficielles.

D'un autre côté, sur 32 cas de maladie non tuberculeuse, il y en a 4 où l'ostéite et la carie consécutive occupaient la partie centrale des corps vertébraux, qu'ils avaient creusés de cavités intérieures, de cavernes semblables à celles des tubercules enkystés. C'est M. Lebert, c'est M. Robin, qui ont constaté ces faits ; et il en ressort évidemment que, s'il est vrai que la carie attaque plus souvent la surface, le tubercule l'intérieur des corps vertébraux, les lésions profondes des vertèbres ne sont pas pour cela forcément tuberculeuses. Ces lésions centrales et toutes leurs suites peuvent être déterminées par l'ostéite suppurante aussi bien que par les tubercules, de même que les érosions superficielles et les effets qui leur sont propres peuvent dépendre des tubercules comme de la carie. Je dirai même que les cas de lésion profonde sans tubercules se sont tellement multipliés dans ces derniers temps sous le microscope de M. Robin, que c'est à se demander s'il n'y a pas eu erreur dans une partie des observations antérieures, et si l'affection tuberculeuse centrale des vertèbres n'est pas beaucoup plus rare qu'on ne le pense.

Cinquième question. — La destruction osseuse est-elle habituellement moins étendue dans la carie que dans les tubercules, et ceux-ci sont-ils la cause exclusive des gibbosités énormes produites par la disparition d'un grand nombre de corps vertébraux ?

Sur 47 cas de tubercules du rachis, il n'y avait qu'une vertèbre ou deux de malades dans 14 cas ; le mal s'étendait à trois, quatre ou cinq vertèbres dans 19 cas, à plus de cinq vertèbres dans 14 cas.

Sur 34 affections non tuberculeuses, la lésion occupait 11 fois une ou deux vertèbres, 13 fois trois, quatre ou cinq vertèbres, 10 fois plus de cinq de ces os.

Ainsi, dans les tubercules comme dans la carie, les trois degrés d'étendue du mal se sont partagé à peu près également le nombre total des cas.

Quant à la profondeur de la lésion, sur les 47 affections tuberculeuses, 13 ont fait disparaître en tout ou en partie plus de deux corps vertébraux. 9 cas, sur les 34 non tuberculeux, ont produit une destruction semblable. Ces ravages profonds de la maladie se sont donc montrés encore ici dans une proportion très-analogue pour les deux groupes ; ils forment, dans la carie comme dans les tubercules, un peu plus de la quatrième partie des cas.

Sixieme question. — La paralysie est-elle très-rare dans la carie, et au contraire très-fréquente dans l'affection tuberculeuse?

L'état des mouvements est indiqué dans 44 cas de tubercules et dans 27 cas d'affections non tuberculeuses.

Il y a eu paralysie 19 fois dans le premier groupe, 8 fois dans le second. La proportion diffère quelque peu : elle est d'un peu moins d'un tiers dans le mal vertébral non tuberculeux, d'un peu plus des deux cinquièmes dans les maladies tuberculeuses. La paralysie a donc été, non pas beaucoup plus rare, mais seulement un peu moins fréquente dans la carie que dans les tubercules, et même cette différence n'appartient peut être pas à la carie proprement dite, car elle est produite par cinq cas d'arthrite vertébrale qui figurent parmi les caries, et dont aucun ne s'accompagnait de paralysie.

On comprend *à priori* que les fonctions de la moelle sont d'autant plus exposées à souffrir, que la lésion osseuse est plus profonde. Sur 17 affections vertébrales qui ne portaient que sur les ligaments ou sur la superficie des corps vertébraux, il n'y a que 3 cas de paralysie, soit la sixième partie des cas. Au contraire, sur 80 cas de lésion plus profonde, 37, ou près de la moitié, ont produit la paralysie. Que la maladie soit tuberculeuse ou non, elle est soumise à cette loi, puisque, ainsi qu'on l'a vu plus haut, il est des tubercules superficiels, comme il est des caries profondes.

C'est par suite de cette même loi que l'on trouve un rapport sinon nécessaire, du moins assez marqué, entre l'existence de la gibbosité et celle de la paralysie. Sur 64 cas accompagnés de gibbosité, il y avait paralysie dans 33 cas, ou dans plus de la moitié. Sur 32 cas sans gibbosité, 8 seulement, ou le quart, présentaient de la paralysie. On se gardera d'en conclure que la paralysie soit bien plus souvent le résultat des tubercules que de la carie, si l'on veut bien se rappeler que la gibbosité ne s'est pas rencontrée moins fréquemment dans la carie que dans les tubercules.

Mais le siége du mal à telle ou telle hauteur n'influe pas moins sur la manifestation des lésions fonctionnelles de la moelle. Sur 10 cas siégeant aux cinq dernières vertèbres cervicales, la paralysie existait dans 5 cas et manquait dans les 5 autres. Sur 56 cas de mal vertébral de la région dorsale, il y avait paralysie dans 33 cas, ou dans les trois cinquièmes des cas. Au contraire, 38 affections lombaires ou lombo-sacrées n'ont offert de paralysie que 5 fois, ou dans moins de la septième partie des cas. Ce n'est pas la nature de la lésion qui produit ces différences ; car on la retrouve à peu de chose près dans des lé-

sions identiques classées d'après leur siége. La terminaison de la moelle vers l'intervalle de la première et de la deuxième vertèbre lombaire me paraît fournir la principale raison de cette diversité d'action du mal vertébral sur l'innervation suivant le lieu qu'il occupe.

Septième question. — Les abcès par congestion sont-ils constants dans la carie? Manquent-ils au contraire très-souvent dans l'affection tuberculeuse?

On a cherché plus d'une fois à expliquer pourquoi la destruction des vertèbres dans le mal vertébral s'accomplit, dans certains cas, sans collections purulentes extérieures, et pourquoi ces collections se forment dans d'autres cas.

Boyer, qui ne connaissait pas les tubercules du rachis, regarda les abcès par congestion comme un effet de la carie superficielle; la carie profonde ne les produisait, suivant lui, que rarement.

Brodie, qui n'a pas non plus tenu compte de la maladie tuberculeuse, est disposé à croire que l'affection qui a son origine dans les os est plutôt suivie de suppuration que celle qui commence par les ligaments intervertébraux.

Delpech, en 1816, — M. Broca nous l'a rappelé, — réserva le nom de *carie* vertébrale pour la carie superficielle de Boyer; c'était cette carie qui produisait les abcès par congestion sans gibbosité. Il rapporta aux tubercules ce que Boyer appelait *carie profonde*, tout en admettant que l'affection tuberculeuse pouvait se développer, « soit *à la surface* des vertèbres, soit dans les fibro-cartilages intermédiaires, soit dans le centre même de la substance osseuse. » (*Précis des mal. réput. chir.*, t. III, p. 645.). Mais il paraît que Delpech ne s'en est pas tenu là : dans un ouvrage qu'il composa en 1831 avec Trinquier, et qui ne parut qu'après sa mort, la carie est supprimée; il n'y a plus dans le mal vertébral que des tubercules. Les tubercules superficiels remplacent la carie superficielle, et deviennent la cause la plus ordinaire des abcès par congestion; les tubercules profonds seuls répondent à la carie profonde de Boyer (Delpech et Trinquier, *Observ. cliniq. sur les difformités*, p. 99 et 101). Une doctrine à peu près semblable est professée par plusieurs auteurs modernes.

M. Ripoll s'est attaché, comme Brodie, à distinguer deux groupes d'affections vertébrales, celles qui siégent dans les ligaments intervertébraux et celles qui débutent par les os. Comme Brodie, il attribue particulièrement les abcès à la lésion primitive des os, et les croit rares dans l'affection des fibro-cartilages. Ce sont, suivant lui, les tubercules, rarement la carie, qui constituent l'affection osseuse, et qui en consé-

quence produisent le plus grand nombre des abcès par congestion. L'autre genre de lésion, ou l'*arthrite vertébrale*, comme il l'appelle, est, pour M. Ripoll, la maladie bénigne, celle qui se complique rarement d'abcès.

Reprenant les premières idées de Delpech, notre collègue M. Broca a retourné en quelque sorte la distinction établie par M. Ripoll. Les tubercules, cause ordinaire des abcès, selon M. Ripoll, deviennent, dans l'exposé de M. Broca, l'affection bénigne, rarement suivie d'abcès. Les autres lésions, englobées dans un même groupe, constituent l'espèce grave, l'espèce suppurante par excellence, sauf quelques obscurités qu'il resterait à dissiper touchant les effets de l'arthrite rachidienne.

Voyons nos chiffres.

Sur 115 cas de mal vertébral, il s'est rencontré 68 abcès par congestion, — soit dans les trois cinquièmes des cas, — 30 abcès sessiles, qui en forment le quart, et 17 cas sans abcès, qui sont la septième partie du nombre total.

Or, sur 46 affections vertébrales tuberculeuses, je trouve 16 fois, ou dans le tiers des cas, un abcès sessile ou limité au point malade; 23 fois, ou dans la moitié des cas, un abcès migrateur, étendu, plus ou moins éloigné du point malade; 7 fois seulement, ou dans la sixième partie des cas, il n'y avait point d'abcès.

Sur 33 affections non tuberculeuses, il y avait 4 cas d'abcès limités au point malade; 23 de ces affections, ou les deux tiers, avaient produit des abcès par congestion étendus; 6, ou près du cinquième, n'étaient point accompagnées d'abcès.

Toute collection purulente a donc manqué dans la carie aussi fréquemment que dans les tubercules. Les abcès tuberculeux limités ou sessiles ont été beaucoup plus fréquents que les abcès sessiles dépendant de la carie. En revanche, le rapport de 2/3 à 1/2 exprime la fréquence relative des abcès par congestion proprement dits dans la carie et dans les tubercules.

D'après ces résultats numériques, les abcès ne seraient pas plus constants dans le mal vertébral non tuberculeux que dans l'espèce tuberculeuse, et les abcès migrateurs, en particulier, ne seraient pas *beaucoup* moins fréquents dans les tubercules que dans les autres lésions comprises sous le nom de *mal vertébral*.

Sur 20 cas de lésions superficielles affectant spécialement les ligaments, qu'il y eût carie superficielle, arthrite ou affection tuberculeuse, 13, ou les deux tiers, ont déterminé des abcès par congestion. Cette

proportion serait favorable à l'opinion de Boyer sur l'affinité de ces abcès avec ce qu'il appelait la *carie superficielle*, si l'on ne retrouvait une proportion à peu près semblable dans des circonstances tout opposées, où il existait une altération limitée, mais profonde, d'un point du rachis, comme dans ce que Boyer a décrit sous le nom de *carie profonde*. En effet, 21 cas de ce genre, dans lesquels une ou deux vertèbres étaient en grande partie ou en totalité détruites, ont également présenté 13 abcès par congestion.

Si l'on prend en bloc tous les cas de destruction des corps vertébraux, quelle que soit l'étendue de la lésion en surface, on trouve un certain rapport entre la fréquence des abcès par congestion et le nombre de vertebres détruites.

Ainsi, sur 22 cas de destruction totale ou partielle d'un seul corps de vertèbre, il n'y a eu d'abcès migrateurs que 9 fois, ou dans moins de la moitié des cas. Sur 28 destructions de deux vertèbres, ces abcès se sont montrés 17 fois, ou dans près des deux tiers des cas, et 31 cas où la destruction avait atteint trois vertèbres ou davantage en ont offert 22 fois, ou dans plus des deux tiers des cas.

On devine, d'après ces faits, que la gibbosité est loin d'exclure les abcès par congestion. Sur 68 cas accompagnés de gibbosité, 34, ou la moitié, étaient compliqués d'abcès migrateurs ; des abcès sessiles existaient dans 21 cas; 13 seulement, ou la cinquième partie des cas, ne présentaient point de collection purulente.

Néanmoins la fréquence des abcès par congestion a été un peu plus grande dans les cas où il n'existait pas de gibbosité et où la lésion était, en général, plus étendue en surface qu'en profondeur. Sur 32 cas de ce genre, 24, ou les trois quarts, ont donné lieu à des abcès par congestion, 4 à des abcès limités; 4 cas, ou la huitième partie, n'ont pas déterminé d'abcès.

La région affectée n'est pas sans influence sur le degré de fréquence des abcès. Sur 112 cas dans lesquels le siége du mal et l'existence ou la non-existence des abcès sont indiquées, 10 affectaient les cinq dernières vertèbres cervicales, 59 la région dorsale, 42 la région lombaire ou lombo-sacrée ; 1 cas qui était double occupait à la fois la région cervicale et la région lombaire.

Or les 11 affections cervicales ont présenté 9 abcès étendus ; les 59 affections dorsales ont offert 24 abcès par congestion étendus, et 23 abcès limités au point malade ; les 43 affections lombaires, 33 abcès étendus et 7 abcès limités ou sessiles.

Ainsi, les abcès migrateurs se sont montrés à la région dorsale dans

les *deux cinquièmes*, à la région lombaire dans plus des trois quarts ou dans près des *quatre cinquièmes* des cas ; ces abcès ont été presque deux fois aussi fréquents dans le mal vertébral lombaire que dans le mal vertébral dorsal. Est-ce parce qu'il y avait moins d'affections tuberculeuses aux lombes qu'au dos? Sur les 59 affections dorsales, 23, ou les deux cinquièmes, étaient tuberculeuses; 19 étaient inflammatoires ; la nature de la lésion est restée indéterminée dans 17 cas. Sur les 43 affections lombaires, 21, ou la moitié, étaient tuberculeuses, 11 inflammatoires; 11 ne peuvent être classées à ce point de vue. C'est aux lombes, on le voit, que la proportion des tubercules semble avoir été la plus forte. Ce n'est donc pas à la prédominance des tubercules dans la région dorsale qu'on peut attribuer la fréquence moindre des abcès migrateurs dans le mal vertébral de cette région.

Cette plus grande fréquence des abcès par congestion dans les affections des vertèbres lombaires trouve en partie son explication dans les circonstances suivantes :

1° Nous avons vu que la gibbosité manque plus souvent à la région lombaire, et que les abcès par congestion sont un peu plus fréquents dans les cas où il n'existe pas de gibbosité.

2° Les maladies du sacrum, dans lesquelles le pus tend plus fréquemment à faire collection, grossissent quelque peu le nombre des abcès migrateurs dépendant du mal vertébral lombaire.

3° Les destructions de trois vertèbres et plus se trouvent un peu plus nombreuses dans les observations de mal vertébral lombaire que dans les cas d'affection dorsale, et l'on a vu plus haut que les abcès par congestion se sont montrés plus fréquents dans ces cas de destructions étendues que dans les autres.

Mais, indépendamment de ces conditions, et toutes circonstances égales d'ailleurs, si j'en juge par quelques-uns de mes chiffres, le mal vertébral, par cela seul qu'il siége aux lombes, paraît donner lieu un peu plus souvent à un abcès migrateur que lorsqu'il existe dans la région dorsale. Cette plus grande abondance du pus et sa tendance plus marquée à fuser au loin dans les affections lombaires me semblent un effet de l'étendue plus considérable des vertèbres malades et de la disposition des organes voisins, plus favorable à la migration du pus.

Avant de quitter ce sujet, je ne puis me dispenser de m'arrêter un instant sur un point des plus intéressants dans l'histoire du mal vertébral ; je veux parler du rapport qui existe entre la paralysie et les abcès par congestion.

Sur 103 affections vertébrales, je compte :

Abcès migrateurs sans paralysie.	45
Abcès migrateurs avec paralysie.	14
Abcès sessiles sans paralysie.	10
Abcès sessiles avec paralysie.	18
Paralysies sans abcès.	10
Cas sans abcès ni paralysie.	6
Total.	103

Ainsi, 32 fois, ou dans le tiers des cas environ, la paralysie a existé en même temps qu'un abcès soit sessile, soit migrateur. Peut-on admettre, en présence de ce fait, que la paralysie soit l'attribut exclusif d'un genre de lésion, l'abcès l'attribut propre d'une affection d'un autre genre ?

Cependant la paralysie et les abcès *étendus* se sont rarement montrés ensemble : cela a eu lieu à peine une fois sur sept. Quelle en est la cause ?

Vous savez déjà que, d'après notre statistique, ce n'est pas parce que les tubercules produiraient la paralysie, et les autres lésions les abcès par congestion. Je crois inutile de combattre de nouveau cette interprétation. Tout ce qu'on peut accorder, d'après ces faits, c'est que la nature de la lésion n'est pas tout à fait étrangère à cette sorte d'antagonisme entre la paralysie et les abcès migrateurs, puisque ceux-ci ont été un peu plus fréquents dans les affections de nature inflammatoire, et celle-là dans les affections tuberculeuses.

Mais bien d'autres circonstances encore concourent à ce que ces deux symptômes coïncident rarement. Décomposons les séries comprises dans nos 103 cas; nous y reconnaîtrons les influences précédemment signalées : 1° de la région affectée ; 2° du siége du mal dans les ligaments ou dans les os; 3° du plus ou moins de profondeur, du plus ou moins d'étendue de la lésion ; 4° de la gibbosité.

C'est ainsi que, des 45 abcès migrateurs non accompagnés de paralysie, 27 ou les trois cinquièmes sont dus au mal vertébral lombaire ou lombo-sacré, cause fréquente d'abcès migrateurs, cause rare de paralysie. Des 18 cas restants d'affection dorsale ou cervicale, 12 sont caractérisés, soit par l'absence de gibbosité, soit par le peu de profondeur de la lésion.

Au contraire, sur les 28 cas de paralysie sans abcès ou avec abcès sessile, 24 dépendaient d'un mal vertébral dorsal, 1 d'une affection

cervicale, et 3 seulement d'une affection lombaire. La gibbosité existait dans 22 cas. Dans 4 des 6 cas sans gibbosité, une lésion profonde s'était développée du côté du canal vertébral; un corps de vertèbre était presque détruit dans un cinquième; la profondeur de la lésion n'est pas indiquée dans le sixième. Deux fois seulement sur les 28 cas, la maladie était superficielle et presque bornée aux ligaments intervertébraux.

Des conditions favorables tout à la fois à la formation des abcès migrateurs et au développement de la paralysie semblent avoir existé dans les 14 cas où l'un et l'autre phénomènes se sont trouvés réunis. La maladie était cervicale dans 4 de ces cas, dorsale dans 8 autres, lombaire dans 2. Il y a eu gibbosité dans les 8 affections dorsales, dans une des quatre cervicales et dans une des deux lombaires. Un seul cas consistait en une lésion superficielle, affectant spécialement les ligaments intervertébraux; mais il existait en même temps un tubercule dans le canal vertébral. Plusieurs corps vertébraux, rarement un seul, étaient en grande partie détruits dans les 13 autres cas.

Des conditions opposées se remarquent dans les 6 cas qui n'ont produit ni abcès ni paralysie. On y voit figurer trois de ces affections bornées aux espaces intervertébraux qu'on a nommées des *arthrites vertébrales*, bien qu'elles puissent être de nature tuberculeuse aussi bien qu'inflammatoires. Il y a eu destruction du tissu osseux dans les trois autres cas; mais deux d'entre eux sont des lésions anciennes, qui étaient en voie de guérison au moment de la mort des malades.

Une dernière particularité est révélée par cette analyse des faits. En jetant les yeux sur le relevé des 103 cas, on est frappé de la fréquence de la paralysie dans les cas d'abcès sessiles : elle s'y est montrée dans les deux tiers des cas, 18 fois sur 28, tandis qu'on ne l'a vue que 14 fois dans 59 cas d'abcès migrateurs, ou à peine une fois sur quatre. Cela ne dépend pas uniquement de ce que les abcès sessiles et la paralysie tendent à se produire dans des circonstances à peu près semblables. Ce fait reconnaît aussi une autre cause, l'influence de la pression que le contenu des abcès exerce sur la moelle épinière, quand la destruction s'étend jusqu'au canal vertébral. Cette pression est plus forte tant que l'abcès est renfermé sous la couche fibreuse prévertébrale; elle diminue ou disparaît lorsque le pus, ayant trouvé une issue à la circonférence du rachis, s'étend au loin et s'éloigne des vertèbres à mesure qu'il se forme. La paralysie produite par cette pression devait donc, toutes choses égales d'ailleurs, se montrer plus souvent dans les abcès sessiles que dans les abcès migrateurs, et c'est encore là une

circonstance dont il faut tenir compte lorsqu'on veut expliquer la rareté de la paralysie dans les abcès par congestion.

Huitième question. — L'affection tuberculeuse des vertèbres est-elle l'espèce de mal vertébral qui guérit le plus fréquemment? La carie est elle, au contraire, le plus généralement mortelle?

Ce n'est pas sans étonnement que j'ai entendu proclamer que les tubercules étaient la plus bénigne, la plus curable de toutes les lésions destructives du rachis. Funeste partout ailleurs, soit par ses ravages au siége du mal, soit par son extension aux poumons, au cerveau, aux ganglions lymphatiques, au foie, aux reins, au péritoine, etc., l'affection tuberculeuse perdrait, aux vertèbres, ses propriétés meurtrières! Je ne pouvais croire à cette étrange anomalie sans preuves; je les ai cherchées, ces preuves; voici ce que j'ai trouvé:

Sur 35 cas de mal vertébral non tuberculeux, l'existence de tubercules dans d'autres organes est notée 10 fois.

Sur 47 affections tuberculeuses du rachis, on a rencontré 35 fois des tubercules, soit dans les poumons, ce qui était le plus commun, soit dans les glandes bronchiques, mésentériques et autres, soit dans le cerveau ou les méninges, dans le foie, la rate, les reins, sous la plèvre, le péritoine, etc. Ces complications, deux fois et demie plus fréquentes dans cette espèce de mal vertébral que dans l'autre, ont presque toujours ajouté à la gravité de la maladie, et elles ont souvent, par elles-mêmes, entraîné la mort.

Il faut bien conclure de là qu'à ce point de vue, les tubercules du rachis sont d'une nature plus fâcheuse que la carie, et qu'ils ne font point exception à la mortalité ordinaire des lésions dépendant de la diathèse tuberculeuse.

Sur 32 affections non tuberculeuses, la mort a été causée 15 fois par une complication ou une maladie incidente étrangère au mal vertébral, et 17 fois par les progrès de l'affection vertébrale elle-même.

Sur 46 cas de tubercules, la mort a été 19 fois le résultat d'une maladie étrangère au rachis; 27 fois le mal vertébral a été la principale cause de la terminaison fatale.

Le mal vertébral tuberculeux ne s'est donc pas montré en lui-même moins dangereux que la carie.

On a vu plus haut que les abcès par congestion ne sont pas beaucoup plus rares dans le premier groupe de lésions que dans le second. Ceux qui dépendent des tubercules guérissent-ils plus aisément que les autres?

Sur les 23 abcès migrateurs non tuberculeux, 11 ont causé la mort.

11 des 23 abcès par congestion dus aux tubercules ont mis fin aux jours des malades, et 2 abcès tuberculeux limités au rachis se sont également terminés par la mort. La mortalité dépendant des abcès est donc ici la même pour les deux genres de lésions.

En résumé, au lieu des témoignages que je cherchais en faveur de la curabilité des tubercules du rachis, en faveur de la léthalité constante de la carie, je n'ai recueilli que des preuves de la similitude des deux genres d'affection sous ce rapport.

On me dira que c'est pendant la vie qu'il faudrait établir, pour chaque lésion, ce bilan des guérisons et des morts. S'il en était ainsi, je déclinerais ici ma compétence. On est souvent fort embarrassé pour reconnaître, sur le cadavre, si une lésion rachidienne est tuberculeuse ou non. A plus forte raison la chose est-elle rarement possible sur le vivant.

Et cependant nul doute que le pronostic du mal vertébral soit loin d'être uniforme, nul doute qu'il n'y ait des conditions favorables et défavorables à la guérison; même dans les abcès migrateurs, qui ajoutent tant à la gravité du mal, le pronostic est beaucoup moins fâcheux dans certains cas que dans d'autres. Mais ces différences se lient moins à la nature tuberculeuse ou non tuberculeuse de l'affection, qu'à une infinité d'autres circonstances qui peuvent être communes aux deux genres de lésions, telles que le siége du mal, son étendue, l'état général de la constitution, etc.

On suppose encore assez généralement aujourd'hui, comme du temps de mon maître Boyer, que les lésions superficielles offrent plus de danger que les profondes. Je trouve, en effet, que sur 33 affections vertébrales sans gibbosité, 24 ou près des trois quarts paraissent avoir déterminé la mort par elles-mêmes; 9 malades seulement ont été emportés par des maladies étrangères au mal vertébral. Au contraire, sur 68 cas de gibbosité, 33 fois, ou dans près de la moitié des cas, la mort a été le résultat d'autres affections. Cependant cette règle est beaucoup moins absolue qu'on ne le croit. J'ai déjà montré la fréquence des abcès par congestion dans certaines lésions profondes et circonscrites, et l'on a vu que la gibbosité n'excluait nullement la formation d'abcès migrateurs. J'ajouterai que ces abcès ne sont guère moins dangereux quand ils sont accompagnés de gibbosité que lorsque ce dernier symptôme manque. Sur les 34 cas d'abcès par congestion avec gibbosité, 15 ont été la cause de la mort. Sur les 24 abcès par congestion sans gibbosité, 13 ont causé la terminaison fatale. La proportion, on le voit diffère peu.

L'affection des ligaments intervertébraux, quelquefois tuberculeuse,

plus souvent sans doute inflammatoire, est peut-être moins grave que les autres lésions, lorsqu'elle est bornée à un ou deux espaces intervertébraux. Mais plusieurs exemples de cette altération accompagnée d'abcès par congestion mortels, ne permettent pas de considérer, avec M. Ripoll, l'arthrite vertébrale comme à peu près constamment bénigne ; on n'est pas plus autorisé par l'examen des faits à rapporter à cette lésion presque tous les cas de guérison.

Je ne me dissimule pas, Messieurs, ce qu'il y a d'imparfait dans le travail que je viens de vous présenter. La condition indispensable de toute bonne statistique, un nombre suffisant de faits bien définis, m'a souvent manqué. Quelque soin que j'aie mis à fixer la nature des lésions indiquées par les auteurs des observations, je n'ai pas la certitude de leur avoir toujours attribué leur caractère véritable (1). Ceci n'est qu'un essai ; on fera mieux plus tard, quand on possédera un plus grand nombre d'observations complètes.

Néanmoins, pour le moment, cette analyse d'une grande partie des faits connus me paraît de nature à justifier les propositions suivantes :

Si l'on s'en rapporte à ces faits :

1° Les tubercules vertébraux ne sont pas plus communs, la carie vertébrale n'est pas plus rare chez les enfants que chez les adultes ;

2° La région dorsale n'est pas le siége de prédilection des tubercules ; la carie n'est pas plus fréquente dans la région lombaire ;

3° La gibbosité n'est pas plus constante dans les tubercules que dans la carie ; elle ne fait pas plus souvent défaut dans ce dernier genre de lésion que dans le premier ;

4° Les tubercules débutent un peu plus souvent par l'intérieur des corps vertébraux, l'ostéite et la carie par leur surface ; mais ces lésions peuvent affecter l'un ou l'autre siége à leur début ;

5° L'étendue du mal, le nombre des vertèbres détruites, ne diffèrent pas notablement dans les deux groupes de lésions ;

6° La paralysie n'est pas beaucoup plus rare dans la carie que dans les tubercules ;

7° Les abcès par congestion ne sont pas constants dans la carie ; ils ne manquent pas *très-souvent* dans l'affection tuberculeuse ;

8° La mortalité causée par les tubercules n'est pas moindre que celle

(1) Afin de mettre le lecteur à même de contrôler mon travail sous ce rapport, je donne, à la fin de ce Mémoire, l'indication des faits que j'ai mis en œuvre et du caractère que j'ai attribué à chacun d'eux.

qui est produite par la carie ; il n'est nullement démontré que la carie soit moins curable que les tubercules ;

9° Indépendamment de la nature de la lésion osseuse, le mal vertébral présente dans ses symptômes, sa marche, ses suites, des différences intéressantes à connaître et résultant du siége du mal, de son étendue, de sa profondeur, de l'âge des sujets, de leur constitution, etc.

Ces conclusions finales ne me permettent pas, on le comprend, de modifier mon opinion première sur l'*unité* du mal vertébral, expression que je veux bien accepter sous la réserve d'une interprétation capable de prévenir toute équivoque. L'affection vertébrale n'est pas *une*, en tant qu'elle résulte de lésions de nature différente. Il ne peut être question ici que d'une *unité symptomatique*, de l'unité des effets semblables produits par ces lésions diverses. Je n'ai pas voulu dire autre chose lorsque je me suis prononcé contre la *dualité* du mal vertébral, telle qu'on l'avait présentée dans la discussion du rapport de M. Gosselin. J'ai même admis dès ce moment que la nature de la lésion n'était pas sans influence sur le plus ou moins de fréquence de certains symptômes, de certaines terminaisons J'irai plus loin : je rappellerai, comme exprimant encore aujourd'hui le fond de ma pensée, ce passage de mes *Leçons cliniques* de 1855 : « Les efforts des observateurs doivent tendre à établir les formes symptomatiques qui correspondent à ces diverses altérations (ostéite, tubercules, arthrite, nécrose des vertèbres) afin que l'on puisse parvenir à les distinguer pendant la vie. *En attendant*, nous les confondrons *provisoirement* dans une description commune. » L'*unité*, même symptomatique, du mal vertébral n'est donc pour moi qu'une doctrine *provisoire* qui doit disparaître par le progrès de la science. Mon excellent ami M. Broca a dit, de son côté, dans son dernier discours : « Je serais fort embarrassé, je l'avoue, si j'étais obligé d'écrire un chapitre complet, pratique et précis sur le diagnostic de toutes les lésions qui peuvent altérer la continuité de la colonne vertébrale. *Ce travail ne me paraît pas possible dans l'état actuel de la science.* Il ne pourra le devenir qu'à la faveur d'observations ultérieures, etc. » Je suis heureux, en terminant, d'avoir à constater, parmi tant de dissidences, une pareille conformité entre les idées de notre savant collègue et celles que j'énonçais il n'y a qu'un instant.

OBSERVATIONS DE MAL VERTÉBRAL

ANALYSÉES DANS LE TRAVAIL QUI PRÉCÈDE.

N° 1. — Nichet, 1er Mémoire, obs. 1. — Affection tuberculeuse.
2. — Ibid., obs. 2. — Aff. tuberculeuse.
3. — Ibid., obs. 3. — Aff. tuberculeuse.
4. — Ibid., obs. 4. — Aff. tuberculeuse.
5. — Ibid., obs. 5. — Aff. tuberculeuse.
6. — Ibid., obs. 7. — Aff. tuberculeuse.
7. — Ibid., obs. 10. — Aff. tuberculeuse.
8. — Ibid., obs. 13. — Aff. tuberculeuse.
9. — Ibid., obs. 14. — Aff. indéterminée.
10. — Ibid., obs. 15. — Aff. indéterminée.
11. — Ibid., obs. 16. — Aff. tuberculeuse.
12. — Ibid., obs. 17. — Aff. tuberculeuse.
13. — Nichet, 2e Mémoire, obs. 1. — Aff. non tuberculeuse.
14. — Ibid., obs. 2. — Aff. non tuberculeuse.
15. — Ibid., obs. 3. — Aff. tuberculeuse.
16. — Ibid., obs. 4. — Aff. tuberculeuse.
17. — Ibid., obs. 6. — Aff. indéterminée.
18. — Ibid., obs. 7. — Aff. tuberculeuse.
19. — Ibid., obs. 8. — Aff. tuberculeuse.
20. — Ibid., obs. 9. — Aff. tuberculeuse.
21. — Ibid., obs. 10. — Aff. indéterminée.
22. — Ibid., obs. 11. — Aff. indéterminée.
23. — Ibid., obs. 12. — Aff. tuberculeuse.
24. — Ibid., obs. 13. — Aff. indéterminée.
25. — Ibid., obs. 14. — Aff. indéterminée.
26. — Ibid., obs. 15. — Aff. tuberculeuse.
27. — M. Hutin, Bulletin de la Soc. anatomique, t. 2, p. 164. — Aff. non tuberculeuse.
28. — Le même, ibid., t. 3, p. 17. — Aff. tuberculeuse.
29. — M. Flandin, ibid., t. 7, p. 2. — Aff. indéterminée.
30. — M. Chassaignac, ibid., t. 8, p. 131. — Aff. indéterminée.
31. — M. Gendron, ibid., t. 9, p. 2 et 207. — Aff. indéterminée.
32. — M. Vernois, ibid., t. 9, p. 158. — Aff. indéterminée.
33. — M. Desprez, ibid., t. 9, p. 162. — Aff. non tuberculeuse.
34. — M. Barthez, ibid., t. 10, p. 36. — Aff. tuberculeuse.
35. — M. Petel, ibid., t. 10, p. 126. — Aff. tuberculeuse.
36. — M. Larget-Piet, ibid., t. 10, p. 167 — Aff. non tuberculeuse.
37. — M. Estevenet, ibid., t. 11, p. 129. — Aff. non tuberculeuse.
38. — M. Vigla, ibid., t. 11, p. 234. — Aff. indéterminée.
39. — M. Barthez, ibid., t. 12, p. 62. — Aff. tuberculeuse.
40. — M. Baraduc, ibid., t. 13, p. 109. — Aff. tuberculeuse.

N° 41. — M. Pigné, Bulletin de la Société anatomique, t. 13, p. 422. — Affection tuberculeuse.
42. — M. Demeaux, ibid., t. 14, p. 133. — Aff. indéterminée.
43. — M. Piedagnel, ibid., t. 15, p. 14. — Aff. tuberculeuse.
44. — M. Livois, ibid., t. 15, p. 363. — Aff. indéterminée.
45. — M. Tavignot, ibid., t. 16, p. 13. — Aff. non tuberculeuse.
46. — M. Bailly, ibid., t. 16, p. 269. — Aff. indéterminée.
47. — M. Gaubric, ibid., t. 17, p. 56. — Aff. tuberculeuse.
48. — M. Milcent, ibid., t. 18, p. 11. — Aff. tuberculeuse.
49. — M. Deville, ibid., t. 18, p. 139. — Aff. non tuberculeuse.
50. — M. Grapin, ibid., t. 19, p. 298. — Aff. non tuberculeuse.
51. — M. Tonné, ibid., t. 20, p. 72. — Aff. indéterminée.
52. — M. Hérard, ibid., t. 21, p. 17. — Aff. tuberculeuse.
53. — M. Fano, ibid., t. 21, p. 76. — Aff. indéterminée.
54. — M. Monnet, ibid., t. 21, p. 107. — Aff. tuberculeuse.
55. — M. Bonnet, ibid., t. 22, p. 235. — Aff. tuberculeuse.
56. — M. Pigné, ibid., t. 22, p. 274. — Aff. non tuberculeuse.
57. — M. Triquet, ibid., t. 22, p. 450. — Aff. tuberculeuse.
58. — M. Dimey, ibid., t. 23, p. 201. — Aff. tuberculeuse.
59. — M. Marmy, ibid., t. 23, p. 324. — Aff. non tuberculeuse.
60. — M. Bouteiller, ibid., t. 24, p. 59. — Aff. non tuberculeuse.
61. — M. Lemaistre, ibid., t. 24, p. 100. — Aff. tuberculeuse.
62. — M. Bouteiller, ibid., t. 24, p. 119. — Aff. indéterminée.
63. — M. Lebert, ibid., t. 24, p. 347. — Aff. non tuberculeuse.
64. — M. Jarjavay, ibid., t. 25, p. 113. — Aff. non tuberculeuse.
65. — M. Broca, ibid., t. 25, p. 166. — Aff. indéterminée.
66. — M. Piogey, ibid., t. 25, p. 173 — Aff. tuberculeuse.
67. — M. Legendre, ibid., t. 25, p. 195. — Aff. indéterminée.
68. — M. Axenfeld, ibid., t. 25, p. 198. — Aff. indéterminée.
69. — M. Rombeau, ibid., t. 26, p. 71. — Aff. indéterminée.
70. — M. Dufour, ibid., t. 26, p. 162. — Aff indéterminée.
71. — M. Duclos, ibid., t. 27, p. 130. — Aff. non tuberculeuse.
72. — M. Caron ibid., t. 27, p 187. — Aff. tuberculeuse.
73. — M. Leudet, ibid., t. 28, p. 253. — Aff. non tuberculeuse.
74. — M Blin, ibid., t. 29, p 10. — Aff. non tuberculeuse.
75. — M. Blin, ibid., t. 29, p. 39. — Aff. indéterminée.
76. — M. Blain des Cormiers, ibid., t. 29, p. 164. — Aff. tubercul.
77. — M. Warmont, ibid., t. 29, p. 237. — Aff. indéterminée.
78. — Le même, ibid., ibid. — Aff. indéterminée.
79. — M. Vidal, ibid., t. 29, p. 321. — Aff. non tuberculeuse.
80. — M. Decès, ibid., t. 30, p. 25. — Aff. indéterminée.
81. — M. Bailly, ibid., t. 30, p. 192. — Aff. tuberculeuse.
82. — M. Voisin, ibid., t. 30, p. 239. — Aff non tuberculeuse.
83. — M. Bailly, ibid., t. 30, p. 259. — Aff. tuberculeuse.
84. — M. Bailly, ibid., t. 30, p. 453. — Aff. non tuberculeuse.
85. — M. Ravin, ibid., t. 30, p. 457. — Aff. non tuberculeuse.

N° 86. — M. Topinard, Bulletin de la
Soc. anat., t. 30, p. 507. — Affection non tuberculeuse.
87. — M. Louis. De l'état de la moelle
dans la carie vert., obs. 2. — Aff. indéterminée.
88. — Ibid., obs. 3. — Aff. tuberculeuse.
89. — Ibid., obs. 4. — Aff. indéterminée.
90. — Ibid., obs. 5. — Aff. indéterminée.
91. — Ollivier, Maladies de la moelle
épinière, t. 1, obs. 35. — Aff. indéterminée.
92. — Ibid., t. 1, obs. 38. — Aff. non tuberculeuse.
93. — Ibid., t. 1, obs. 40. — Aff. non tuberculeuse.
94. — Ibid., t. 1, obs. 41. — Aff. tuberculeuse.
95. — Ibid., t. 1, obs. 42. — Aff. tuberculeuse.
96. — Ibid, t. 2, obs. 89 — Aff. indéterminée.
97. — Ibid., t. 2, obs. 101. — Aff. indéterminée.
98. — M. Lebert, Mém. sur les maladies
du système osseux, obs. 3. — Aff. non tuberculeuse.
99. — Ibid., obs. 5. — Aff. non tuberculeuse.
100. — Ibid., obs. 15. — Aff. non tuberculeuse.
101. — Ibid., obs. 16. — Aff. non tuberculeuse.
102. — Ibid., obs. 17. — Aff. non tuberculeuse.
103. — Ibid., obs. 18. — Aff. non tuberculeuse.
104. — Ibid., observat. de M. Hérard,
rapportée par M. Lebert. — Aff. non tuberculeuse.
105. — Ibid., obs. 19. — Aff. tuberculeuse.
106. — Ibid., obs. 20. — Aff. tuberculeuse.
107. — Ibid., obs. 21. — Aff. tuberculeuse.
108. — M. Laurence, Diagn. de la carie
vert. (*Gaz. méd.*, 1842), obs. 1. — Aff. tuberculeuse.
109. — Ibid., obs. 2. — Aff. tuberculeuse.
110. — Ibid., obs. 3. — Aff. tuberculeuse.
111. — Brodie, Malad. des artic., obs. 50. — Aff. non tuberculeuse.
112. — Ibid., obs. 51. — Aff. non tuberculeuse.
113. — Ibid., obs. 52. — Aff. non tuberculeuse.
114. — Ibid., obs. 53. — Aff. non tuberculeuse.
115. — Delpech et Trinquier, Observat.
clin. sur les difform., obs. 18. — Aff. tuberculeuse.
116. — A. Bonn, Descriptio thesauri
Hoviani, obs. 15. — Aff. indéterminée.
117. — Ibid., obs. 16. — Aff. indéterminée.
118. — Ibid., obs. 18. — Aff. indéterminée.
119. — Ibid., obs. 19. — Aff. indéterminée.
120. — Ibid., obs. 20. — Aff. indéterminée.

Séance du 23 juin 1858.

Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Atrophie douloureuse des muscles de l'épaule. — M. DEMARQUAY présente un homme qui, en tombant d'un arbre au mois de janvier dernier, se fit une contusion de l'épaule droite. Il survint d'abord un certain gonflement. puis la tuméfaction disparut, et les muscles du membre s'atrophièrent rapidement. L'atrophie, déjà manifeste à l'avant-bras, est beaucoup plus prononcée au bras, et plus encore à l'épaule. Les muscles de cette dernière région, et ceux qui relient l'omoplate au tronc, ont presque entièrement disparu. Cet état se complique de douleurs très-vives qui s'irradient dans tout le membre, et le malade ne reculerait devant aucune opération pour en être délivré. On lui a proposé de lui couper le nerf radial et le nerf cubital; on lui a même proposé de lui désarticuler l'épaule, mais M. Demarquay repousse cette dernière opération.

M. MOREL-LAVALLÉE trouve chez cet homme un nouvel exemple de ce que quelques auteurs ont décrit à tort comme une luxation incomplète de l'épaule en haut. La tête humérale, par suite de l'atrophie des muscles, forme en effet une saillie très-considérable, qui s'élève un peu au-dessus de l'acromion lorsque le bras est abaissé; mais, lorsqu'on écarte le bras du tronc, on voit cette tête rentrer peu à peu sous la voûte acromio-coracoïdienne, et on s'assure ainsi qu'elle n'est nullement luxée Il ne manque pour simuler tout à fait une luxation que des adhérences ou une rétraction de la capsule capable de fixer la tête en avant.

Amputation sus-malléolaire. — M. LARREY présente un employé du chemin de fer de l'Est, qui est venu le consulter sur le résultat d'une amputation sus-malléolaire pratiquée par M. Houzelot, et remet la note suivante sur l'état de cet amputé.

« Le 16 Septembre 1857, un convoi partant de la station d'Ebly ne put être évité assez vite par l'employé C.., dont les deux pieds engagés sous les roues d'un wagon furent écrasés. L'accident était fort grave, et, immédiatement après les premiers secours, on transporta le blessé à l'hôpital de Meaux. Le pied droit offrait sur sa face dorsale une

longue plaie contuse, dont l'étendue est même appréciable aujourd'hui, et dont la cicatrice, en partie adhérente, est exposée à une ulcération consécutive par les pressions de la chaussure ou les fatigues de la marche. Le pied gauche avait été tellement mutilé par la dilacération des parties molles, par le broiement des os et par l'ouverture de l'articulation tibio-tarsienne, que ce membre n'avait plus aucune chance de conservation. M. Houzelot, s'étant rendu auprès du blessé peu d'instants après son entrée à l'hôpital, le prépara d'abord à l'opération, qu'il pratiqua le lendemain matin.

» L'amputation de la jambe fut faite au-dessus des malléoles, avec toute l'habileté possible, selon le procédé, reconnaissable encore, de M. Lenoir. Nul accident primitif n'est survenu, sauf une tension douloureuse et une insomnie prolongée; mais depuis près de dix mois que l'opération a eu lieu, le travail de cicatrisation n'a pu s'achever définitivement; le bord antérieur de la plaie est resté ouvert ou s'est ulcéré; une dénudation partielle de l'angle du tibia, découvrant un point de nécrose, fait présager une élimination lente du séquestre; l'émaciation du membre et la conicité du moignon rendent la marche très-pénible, et l'application de l'appareil prothétique à peine supportable; l'ulcération enfin et la nécrose pourront s'étendre plus loin, et nécessiter non-seulement une simple résection, mais encore l'amputation secondaire de la jambe dans le lieu d'élection.

» M. Larrey, en exprimant son opinion à cet égard, pense que le cas présent offre un exemple de plus des inconvénients de l'amputation sus-malléolaire, si bien faite qu'elle soit, et il propose d'en tenir compte dans l'étude générale des amputations de jambe soumises à l'examen de la Société de chirurgie. »

M. LENOIR suppose qu'il y a chez cet homme une cause diathésique qui s'oppose à la cicatrisation. Il a vu avec Marjolin père un jeune homme qui avait subi la même amputation pour une plaie par arme à feu. La cicatrisation marcha bien pendant quelque temps, puis elle s'arrêta. Il y avait des antécédents de syphilis; on prescrivit un traitement anti-syphilitique, et la plaie ne tarda pas à se fermer. Le malade présenté par M. Larrey paraît exempt de cette diathèse, mais il est peut-être entaché de quelque autre vice général.

M. VERNEUIL pense que la cause qui entrave la guérison est toute locale, attendu qu'il existe un petit séquestre dans le tibia Cet accident est aussi fréquent ici que dans les autres amputations. Le séquestre ne paraît pas disposé à tomber spontanément; il faudra donc pro-

bablement faire dans le moignon une petite résection, et cette opération d'ailleurs n'est pas dangereuse.

M. LABORIE a reçu à l'asile de Vincennes plusieurs cas tout à fait semblables. Il a remarqué que les ulcérations, au lieu de se cicatriser, tendent au contraire à s'étendre, de telle sorte que le moignon devient de plus en plus conique.

M. GUERSANT conseille l'expectation; si, comme cela paraît probable, il y a un séquestre dans ce moignon, il faut attendre qu'il se détache. La chute spontanée des séquestres se fait quelquefois très-tardivement.

M. LARREY trouve dans ce fait la confirmation des idées qu'il a soutenues dans la dernière discussion sur l'amputation sus-malléolaire. Tout ce qu'il a vu depuis lors est venu à l'appui des arguments qu'il a fait valoir contre cette opération.

M. VOILLEMIER trouve que MM. Verneuil, Laborie et Larrey condamnent bien vite l'amputation sus-malléolaire. Les accidents dont il s'agit peuvent survenir à la suite de toutes les amputations, et l'amputation sus-malléolaire n'y expose ni plus ni moins que les autres, pourvu qu'on n'essaye pas de faire marcher trop tôt les opérés. Il faut longtemps pour que la cicatrice devienne très-solide, à cause du peu d'épaisseur des chairs qui entourent le squelette. Mais en prenant toutes les précautions convenables on obtient souvent des guérisons parfaites. M. Voillemier en a ainsi obtenu plusieurs.

M. VERNEUIL réclame contre l'opinion que M. Voillemier vient de lui prêter. Il n'a jamais condamné l'amputation sus-malléolaire, il prétend au contraire qu'on ne doit jamais couper la jambe au lieu d'élection, lorsqu'on peut la couper au-dessus des malléoles sans s'exposer à laisser dans le moignon des tissus malades. La plupart des inconvénients de l'amputation sus-malléolaire viennent de ce qu'elle est souvent pratiquée trop près du mal; c'est pourquoi M. Verneuil préfère dans beaucoup de cas l'amputation au milieu de la jambe. Il reconnaît d'ailleurs que la section au-dessus des malléoles est moins grave au point de vue de la mortalité, mais il ajoute qu'au point de vue des accidents ultérieurs du moignon elle offre toutes les mauvaises chances des autres amputations, et qu'elle est par conséquent moins inoffensive qu'on ne l'a dit.

M. VOILLEMIER répond que personne n'a dit que cette opération fût exempte d'inconvénients et de dangers. On dit seulement qu'elle est beaucoup moins grave que l'amputation au lieu d'élection, et ce point

n'est pas contesté. M. Verneuil veut qu'on ne la pratique que lorsqu'elle est praticable ; ce précepte est applicable à toutes les opérations. Il ajoute qu'elle expose à laisser dans le moignon des tissus malades ; mais toutes les amputations en sont là. C'est au chirurgien à voir dans chaque cas particulier jusqu'où remontent les lésions. Dans les cas douteux, il vaut mieux s'exposer à couper un peu trop haut que de s'exposer à pratiquer une opération insuffisante. Mais tous ces arguments sont généraux et ne s'adressent pas plus à l'amputation sus-malléolaire qu'aux autres amputations.

M. RICHARD fait remarquer qu'il ne s'agit pas seulement de discuter les indications, puisqu'il y a encore des chirurgiens qui pensent qu'il faut toujours couper la jambe au lieu d'élection, lors même qu'il serait possible de faire l'amputation plus bas. M. Larrey est de ce nombre...

M. LARREY demande à rétablir son opinion. Il ne prétend pas que l'amputation sus-malléolaire doive être toujours proscrite. Il l'accepte, dans certains cas, pour les personnes à profession sédentaire, qui peuvent attendre longtemps leur guérison, et se procurer de bons appareils. Mais pour les soldats, les ouvriers, pour les personnes qui mènent une vie fatigante, l'amputation au lieu d'élection est bien préférable.

M. RICHARD, reprenant son argumentation, maintient qu'il y a d'autres chirurgiens qui coupent toujours la jambe au lieu d'élection, quelle que soit la maladie et quelle que soit la profession du malade. Dans l'origine on discutait seulement sur la valeur relative de l'amputation au lieu d'élection et de l'amputation sus-malléolaire, et on invoquait en faveur de cette dernière l'avantage spécial de se prêter à une prothèse plus parfaite. Mais depuis lors la question a fait un grand pas. On sait aujourd'hui que cet avantage n'appartient pas exclusivement à l'amputation sus-malléolaire, que les mêmes appareils prothétiques, à peine modifiés, peuvent s'adapter au moignon des amputations pratiquées au milieu de la jambe ; par conséquent on n'est plus obligé d'opter entre l'amputation supérieure et l'amputation inférieure, puisqu'il est démontré qu'on peut couper la jambe à toutes les hauteurs.

M. LENOIR n'admet pas que l'amputation au milieu de la jambe soit une opération aussi nouvelle que le croit M. Richard. Il y a longtemps déjà que Hey l'a pratiquée en Angleterre, et M. Lenoir, en 1834, a eu l'occasion de faire connaître en France la pratique de ce chirurgien.

M. RICHARD ne nie pas ce détail historique ; mais la pratique d'un chirurgien isolé ne doit pas être confondue avec la pratique générale. Or il est très-certain qu'il y a quelques années on croyait générale-

ment que la jambe articulée ne pouvait être appliquée lorsque la jambe était coupée plus haut que la région sus-malléolaire. Toutes ces questions de prothèse ont vraiment changé de face depuis quelque temps. Ainsi on a présenté à la Société un amputé au lieu d'élection, qui marchait pourtant avec un appareil articulé au genou, mû volontairement par le moignon ; les fonctions du membre étaient aussi bien rétablies chez lui que s'il eût été amputé à la partie inférieure de la jambe. En outre, plusieurs amputés de Crimée marchent avec des appareils qui prennent leur point d'appui sur la cicatrice et non sur l'ischion.

M. LABORIE, répondant à M. Voillemier, déclare qu'il n'a point prétendu décider la question, qu'il a voulu seulement citer un fait. Il répète qu'il a reçu à l'Asile de Vincennes plusieurs individus amputés soit au lieu d'élection, soit au-dessus des malléoles; que les premiers guérissent habituellement, tandis que chez les autres les ulcères et les trajets fistuleux du moignon n'ont ordinairement aucune tendance à se cicatriser.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE annonce que, en l'absence de M. le secrétaire général, il a écrit à M. Henry Thompson (de Londres) pour lui faire connaître les conclusions du rapport de M. Verneuil et la décision de la Société sur le plagiat dont M. José Prô s'est rendu coupable envers lui. M. Thompson a immédiatement répondu pour remercier la Société de chirurgie de l'empressement qu'elle a mis à accomplir cet acte de justice. M. le secrétaire donne connaissance de cette réponse.

M. LARREY fait hommage à la Société de son *Rapport sur l'état sanitaire du camp de Châlons.*

M. FORGET présente une observation inédite de M. Ferrand (de Mer). Cette observation est intitulée : *Altération carcinomateuse de la moelle ; opération ; guérison.* (M. Forget rapporteur.)

NOMINATION.

Conformément aux conclusions du rapport lu par M. Deguise fils dans la dernière séance, la Société est appelée à voter sur la proposition de conférer à M. Bégin le titre de membre honoraire.

Votants, 24.

M. Bégin obtient l'unanimité des voix.

En conséquence il est nommé membre honoraire de la Société de chirurgie.

COMMUNICATION.

Amputation du col de l'utérus par l'écrasement linéaire. — M. ROBERT a excisé, il y a quelques jours, le col utérin pour un fongus très-vasculaire, qui donnait lieu depuis longtemps à des hémorrhagies extrêmement graves. La malade était presque exsangue, et la moindre perte de sang eût pu compromettre sa vie.

Pour ce motif, M. Robert a donné la préférence à la méthode de l'écrasement linéaire. La section a été faite en vingt minutes, sans la plus petite hémorrhagie. Il n'est depuis lors survenu aucun accident, et la malade est en bonne voie de guérison.

En examinant la partie excisée, on a reconnu que le mal est enlevé en totalité. M. Verneuil a étudié la pièce au microscope. C'est une hypertrophie papillaire limitée à la muqueuse du museau de tanche, et ne se prolongeant point dans la cavité du col.

M. Robert a donc lieu d'être très-satisfait de cette opération. Mais il a remarqué sur la pièce une particularité qui, bien que n'ayant pas été mortelle dans le cas actuel, pourrait le devenir dans beaucoup d'autres cas.

On sait que très-souvent les altérations du col utérin remontent plus haut intérieurement dans la cavité du col qu'extérieurement sur le museau de tanche. De là est venu le précepte, dans l'amputation du col au moyen de l'instrument tranchant, de creuser un cône à sommet supérieur, comme dans les amputations circulaires des membres. Or l'écrasement linéaire ne remplit pas cette indication, bien au contraire, car il coupe le col en sens inverse.

Lorsque la pièce a été complétement séparée, M. Robert a reconnu qu'elle avait la forme d'une cupule, et que par conséquent les couches superficielles du col avaient été coupées plus haut que les couches profondes. Il pense qu'on pourrait remédier à cet inconvénient et obtenir au moins une section transversale en saisissant le col au moyen de griffes particulières, et il demande à M. Chassaignac s'il s'est occupé de cette difficulté.

M. CHASSAIGNAC remercie M. Robert de sa communication, car aucun fait ne pourrait témoigner plus heureusement en faveur de l'écrasement linéaire. En effet, non-seulement il n'y a pas eu d'hémorrh gie, mais encore la malade n'a eu ni fièvre, ni péritonite, ni aucun autre accident; et, de plus, l'examen de la pièce a prouvé que le mal était enlevé en totalité.

Il est regrettable, sans doute, que l'écrasement linéaire ne puisse pas remplir l'indication de creuser un cône dans l'utérus pour enlever les parties profondes dans une plus grande étendue. Cette méthode ne convient par conséquent que lorsque le mal est limité à la partie sous-vaginale du col. Mais quand le mal s'étend au-dessus de cette limite, nul ne peut savoir où il s'arrête; l'opération faite soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux, quoique permettant de remonter à quelques millimètres plus haut, ne donne jamais la certitude d'enlever tout le mal, et d'ailleurs le temps qui consiste à creuser un cône dans l'utérus est plein de difficultés et de dangers. M. Chassaignac pense donc que, lorsque l'altération s'étend au-dessus de l'insertion du vagin, l'amputation du col de l'utérus ne doit pas être pratiquée. Quant à la disposition en cupule ou en godet que M. Robert a remarquée sur sa pièce, et qui semble indiquer que l'écraseur divise les couches superficielles plus haut que les couches profondes, M. Chassaignac l'a observée plusieurs fois dans les opérations qu'il a pratiquées; mais le toucher vaginal lui a démontré que néanmoins la section était plate et transversale. La forme concave du segment enlevé résulte donc simplement de ce que la pression de la chaîne de l'écraseur curviligne recourbe et renverse en dedans les bords de ce segment. M. Chassaignac ajoute en terminant que la méthode de l'écrasement linéaire n'a pas seulement l'avantage de mettre à l'abri de l'hémorrhagie et des accidents qu'entraîne la nécessité de tamponner le vagin. Elle a de plus l'avantage de permettre de pratiquer l'amputation du col sans qu'il soit nécessaire d'attirer préalablement l'utérus en bas. Cet abaissement forcé, qui constitue le premier temps de l'opération, lorsqu'on se sert de l'instrument tranchant, est la source d'accidents fort graves, et ne contribue pas peu à la production des inflammations et des péritonites, qui font succomber un si grand nombre de malades.

M. HUGUIER a deux fois eu recours à l'écrasement linéaire pour amputer le col, et n'a point observé sur le segment enlevé la forme concave dont parle M. Robert. Il est vrai qu'il avait commencé circulairement la section avec le bistouri, et qu'il n'a employé l'écraseur que pour couper les parties les plus profondes. Il est vrai encore que ses deux opérées étaient atteintes simplement d'hypertrophie du col, dont le tissu n'était nullement altéré. La consistance des parties divisées était donc homogène, tandis que dans les dégénérescences du col cette consistance est quelquefois très-inégale. M. Huguier se demande donc si dans le cas de M. Robert, la forme concave de la section n'a pas été la conséquence de l'inégale résistance des fibres. La maladie du col avait

en effet débuté par la surface, et les couches superficielles de cet organe étaient sans doute moins dures que les couches profondes.

M. DEMARQUAY a fait quatre fois l'amputation du col au moyen de l'écraseur; il a vu sur le segment enlevé la cupule indiquée par M. Robert, mais il a reconnu, par le toucher vaginal, que la section était néanmoins transversale. Lors même que la section serait courbe et laisserait sur l'utérus une saillie conique, cet inconvénient serait bien compensé par les avantages de la méthode de l'écrasement linéaire. Cette méthode, en effet, diminue beaucoup la gravité de l'amputation du col. Sur les quatre malades de M. Demarquay, une seule est morte de l'opération ; elle a succombé le dixième jour à une hémorrhagie secondaire. Une autre est morte au bout de quinze mois des suites de la récidive de son cancer ; les deux autres vivent encore. Aucune de ces femmes n'a eu de péritonite. L'opération par l'instrument tranchant donne des résultats bien plus fâcheux. M. Demarquay l'a pratiquée trois fois dans le service de M. Monod; les trois malades sont mortes en moins de quarante-huit heures. Il ajoute qu'il n'a vu qu'une seule des opérées de Blandin survivre à l'opération.

M. ROBERT insiste sur la gravité de l'opération par instrument tranchant. Les principaux dangers viennent de l'hémorrhagie immédiate ou consécutive, de la métro-péritonite, et de la lésion accidentelle des organes voisins. M. Robert a lui-même ouvert une fois le cul-de-sac recto-vaginal du péritoine malgré toutes les précautions qu'il a pu prendre. L'hémorrhagie est grave à la fois par elle-même et par le traitement qu'elle réclame. Elle oblige souvent à tamponner le vagin, et la présence du tampon provoque de graves accidents d'inflammation. M. Robert reconnaît que la manœuvre de l'abaissement forcé est fort dangereuse; mais sous ce rapport, la méthode de l'écrasement linéaire n'a aucune supériorité, car on est obligé d'abaisser très-fortement l'utérus pour pouvoir placer la chaîne de l'écraseur à une hauteur suffisante ; peut-être même faut-il l'abaisser davantage que pour faire la section au bistouri.

Malgré les explications qui viennent d'être données, M. Robert persiste à croire que l'écraseur ne coupe pas les tissus perpendiculairement à l'axe du col. Il n'a pas cru devoir pratiquer le toucher immédiatement après l'opération, de peur de provoquer une hémorrhagie ; il ne s'est donc pas assuré de la forme du moignon du col utérin, mais cette forme est bien certainement convexe ; l'examen de la partie enlevée a prouvé en effet que la section avait atteint la cavité du col à quelques millimètres seulement de l'orifice du museau de tanche, tandis que sur les

parties latérales l'épaisseur du segment était trois ou quatre fois plus considérable.

M. CAZEAUX rappelle qu'à une certaine époque on a beaucoup blâmé Lisfranc pour la facilité avec laquelle il se décidait à amputer le col ; on l'accusait de faire cette grave opération pour des affections curables, pour de simples ulcérations. Depuis quelques années, on avait pris le sage parti de la réserver pour les cas extrêmes. M. Cazeaux craint que la nouvelle méthode de M. Chassaignac, en diminuant les dangers de cette opération, ne dispose les chirurgiens à y recourir sans nécessité absolue. Il se demande, par exemple, si la malade de M. Robert n'aurait pas pu être guérie par de simples cautérisations au fer rouge. M. Cazeaux croit devoir faire, en terminant, une rectification anatomique. On vient de parler de l'amputation du col au-dessous de l'insertion du vagin. Mais il n'y a rien au-dessous de cette insertion. La paroi du vagin ne fait que s'appliquer à la surface du col, et elle descend jusqu'à l'ouverture du museau de tanche. Par conséquent, toutes les fois qu'on coupe le col utérin à une hauteur quelconque, on coupe nécessairement la paroi vaginale.

M. HUGUIER proteste contre ce qu'on vient de dire de la gravité de l'amputation du col utérin par l'instrument tranchant. On parle des hémorrhagies, des métro-péritonites. M. Huguier a pratiqué très-souvent cette opération, et il n'a jamais vu ni péritonite ni métrite. Il répète avec insistance que ces accidents ne se sont pas présentés à lui une seule fois sur un nombre très-considérable d'opérations. Le procédé de Lisfranc, dont le premier temps est l'abaissement forcé, expose, il est vrai, à de graves dangers; mais il y a longtemps que Dupuytren a posé en principe qu'il fallait se dispenser de cette manœuvre. M. Huguier, pour sa part, y a complétement renoncé. Il ampute le col sur place, au fond d'un spéculum, et c'est à ce procédé qu'il attribue les heureux résultats de sa pratique. M. Cazeaux parlait tout à l'heure de détruire les tumeurs du col au moyen du cautère actuel; mais la cautérisation au fer rouge, suivant M. Huguier, est plus grave que l'amputation du col.

M. Cazeaux a ajouté que la portion sous-vaginale du col n'existe pas; c'est une subtilité anatomique ; la paroi vaginale peut se réfléchir ou se prolonger sur le col sous forme d'une muqueuse mince et adhérente. Cela n'empêche pas le col utérin de faire dans la cavité du vagin une saillie limitée en haut par une rigole circulaire qui correspond à l'insertion supérieure du vagin. C'est cette saillie que tout le monde appelle la portion sous-vaginale du col.

M. CHASSAIGNAC a plusieurs fois reconnu au moyen du toucher, immédiatement après l'amputation par écrasement, que la section du côté de l'utérus est tout à fait transversale. M. Robert a dit que l'abaissement forcé était peut-être plus nécessaire pour placer la chaîne de l'écraseur que pour faire l'amputation par l'instrument tranchant; M. Chassaignac a vu précisément le contraire. La cautérisation actuelle, que M. Cazeaux préconise, est un procédé de destruction presque illusoire; elle n'enlève chaque fois qu'une lamelle de tissu presque aussi mince qu'une feuille de papier. Le caustique de Filhos produit des eschares bien plus épaisses; mais il a de nombreux inconvénients, entre autres, celui d'agir aveuglément sans qu'on puisse savoir exactement où il s'arrête.

M. Chassaignac n'a pas bien compris la portée de l'argument de M. Cazeaux relativement à l'insertion du vagin sur le col. Les anatomistes peuvent dire tout ce qu'ils voudront sur le col et sur le vagin; il suffit que les chirurgiens s'entendent sur ce que tout le monde appelle le vagin et sur ce que tout le monde appelle le col.

M. ROBERT s'étonne que M. Huguier nie la gravité de l'amputation du col par l'instrument tranchant. C'est sans doute parce qu'il a presque toujours pratiqué cette opération pour guérir des prolapsus. M. Robert ne l'a faite qu'une seule fois dans de pareilles conditions, et son opérée est morte de métro-péritonite; mais il reconnaît que l'absence de lésion organique diminue singulièrement la gravité de l'amputation du col. L'utérus, en effet, étant abaissé, et le col simplement hypertrophié et allongé, on peut se dispenser du temps de l'abaissement forcé, ou se contenter du moins de tractions légères. Puis, les conditions de vascularité étant à peine modifiées, les chances de l'hémorrhagie sont peu considérables. Mais lorsqu'on ampute le col pour des tumeurs, des fongus, des cancers, etc., il n'en est plus de même; on ne peut se dispenser d'abaisser l'utérus afin de pouvoir dépasser les limites du mal, et le développement des vaisseaux expose à des hémorrhagies formidables, que le cautère actuel même n'arrête pas toujours: c'est ce qui rend l'amputation du col au bistouri si dangereuse. Sur 12 femmes que M. Robert a soumises à cette opération, il n'en a pas perdu moins de 8. Sous le rapport de l'opportunité de l'amputation du col, on peut rassurer M. Cazeaux; il craint qu'on n'abuse de cette opération, maintenant que grâce à l'écrasement linéaire elle est devenue moins grave: c'est une supposition toute gratuite. Quant à la cautérisation actuelle, qui, selon M. Cazeaux, est préférable à l'amputation du col, c'est un moyen très-peu efficace,

qui ne détruit chaque fois qu'une couche fort mince, et qui est plutôt destiné à arrêter les hémorrhagies ou à modifier les tissus qu'à détruire les tumeurs.

M. VOILLEMIER s'étonne que M. Huguier ait guéri toutes ses opérées, tandis que M. Robert en a perdu 8 sur 12, et M. Demarquay trois sur trois dans les opérations qu'il a faites avec l'instrument tranchant. On ne peut invoquer les succès de Lisfranc, car le livre de Pauli a montré ce qu'il fallait croire de ces prétendues guérisons. Les succès constants de M. Huguier tiennent sans doute à la nature des maladies pour lesquelles il ampute le col, car, ainsi que M. Robert vient de le dire, il n'y a aucune comparaison à établir entre une opération pratiquée pour un prolapsus ou pour une hypertrophie simple, et une opération pratiquée pour un cancer ou pour toute autre lésion organique. M. Huguier croit à tort que Dupuytren amputait le col sur place ; c'est une erreur, car ce chirurgien abaissait l'utérus avant de l'exciser.

Revenant à la question de l'écrasement linéaire, M. Voillemier s'explique très-bien la forme curviligne de la section, et l'excavation du segment enlevé par M. Robert. L'écraseur coupe d'abord les fibres de dehors en dedans en rasant les érignes, qui ne pénètrent qu'à une petite profondeur ; dès que le niveau des érignes est dépassé, la chaîne glisse lentement de haut en bas en coupant les fibres profondes. On pourrait, du reste, remédier à cet inconvénient en implantant de grandes érignes jusqu'au centre du col utérin.

M. HUGUIER a amputé le col treize fois pour des prolapsus, quatre fois pour des hypertrophies simples avec allongement, sans compter les cas *plus nombreux* où il a pratiqué cette opération pour des cancers, des fongus, ou pour toute autre lésion organique; il n'a pas perdu une seule de ses opérées. On parle de la possibilité d'ouvrir le cul-de-sac postérieur du péritoine ; cela est arrivé une fois à M. Robert, mais c'est une exception. M. Huguier n'a jamais eu cet accident, qui ne s'est pas présenté non plus dans la pratique de Lisfranc. On vient de mettre en doute les succès annoncés par ce chirurgien ; on l'a accusé d'avoir donné comme guéries beaucoup de malades qui avaient succombé, et pour preuve on a cité à tort l'ouvrage de Pauli. — Pauli n'a pas dit que Lisfranc eût perdu beaucoup de malades des suites de l'opération ; il a dit, ce qui est plus grave, que ce chirurgien faisait des opérations tout à fait inutiles pour des affections légères et faciles à guérir.

M. CAZEAUX, répondant à MM. Chassaignac et Robert, reconnaît

que le fer rouge ne produit que des eschares assez minces ; mais en réitérant souvent cette application, on peut parvenir à détruire des tumeurs même volumineuses. M. Cazeaux y est parvenu plusieurs fois. Il ajoute que ce qu'il a dit relativement à l'insertion du vagin n'est point une subtilité anatomique ; que cette insertion a lieu à la partie la plus inférieure du col, sur l'orifice du museau de tanche, et que chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants le col utérin ne fait quelquefois aucune saillie vers le vagin.

M. HUGUIER ne saisit pas le rapport qu'il peut y avoir entre ce détail et la question de l'amputation du col. Il est clair, en effet, que quand le col est effacé on ne l'ampute pas.

M. FORGET a été l'élève et l'ami de Lisfranc, et ne peut laisser passer sans réponse ce qui vient d'être dit sur la pratique de ce chirurgien. Il a assisté de près aux débats qui eurent lieu il y a une quinzaine d'années, sur l'amputation du col. Ce n'était pas la valeur relative de tel ou tel procédé opératoire qui était alors en litige, mais bien l'opportunité même de l'opération et son degré d'utilité comme moyen curatif du cancer utérin. On accusait Lisfranc de faire cette grave opération pour les affections les plus simples et dans des cas qui auraient pu guérir autrement, et on cherchait les preuves de cette accusation dans l'ouvrage de Pauli, un de ses élèves devenu son ennemi. Pourtant la polémique n'alla jamais jusqu'à reprocher à Lisfranc d'amputer le col, comme on le fait aujourd'hui, pour des prolapsus ou pour de simples hypertrophies. M. Forget, en qualité d'aide, a assisté Lisfranc dans un grand nombre d'opérations, et il n'a jamais vu couper par lui que des cols gravement malades, considérés alors comme cancéreux. Etaient-ce toujours de vrais cancers? Il est permis d'en douter, puisque plus d'une fois la guérison a été définitive. Ces cas heureux étaient sans doute relatifs à des affections épithéliales ou à toute autre production non cancéreuse. Mais du temps de Lisfranc, ces distinctions n'étaient pas encore établies. Il agissait de bonne foi, et il croyait guérir des cancers utérins, comme M. Robert le croirait lui-même pour la malade qu'il vient d'opérer, si l'examen microscopique fait par M. Verneuil n'avait éclairé son diagnostic. Les progrès récents de l'anatomie pathologique nous ont appris qu'il y a des différences d'organisation, de structure et de vitalité entre les diverses productions morbides qu'on considérait auparavant comme cancéreuses. Lisfranc se trompait donc, mais il se trompait de bonne foi, et il ne fut pas le seul ; car plusieurs autres chirurgiens, partisans comme lui de l'amputation du col, croyaient aussi guérir les cancers de l'utérus.

Ce fut le point de départ d'un malentendu interminable entre ces chirurgiens et leurs adversaires, qui, envisageant sous un point de vue général les affections cancéreuses, en niaient avec raison la curabilité. Ainsi, M. Forget est convaincu qu'une femme opérée en 1837 par Lisfranc, devenue enceinte depuis, et toujours parfaitement guérie, était atteinte d'une affection non cancéreuse du col utérin; et il en dit autant d'une autre femme qu'il a pu suivre pendant six ans après l'opération, et qui n'a pas eu de récidive. Dans ces deux cas, le col était fongueux, ramolli, ulcéré, mais médiocrement volumineux, et M. Forget ne doute pas que l'amputation eût pu être remplacée avantageusement par la cautérisation actuelle, dont Lisfranc exagérait outre mesure les dangers, et qu'il repoussait systématiquement. Mais ces cas douteux, ajoute M. Forget, furent exceptionnels. Le plus souvent l'amputation fut faite pour des altérations profondes et malignes du col utérin. Aussi, le bénéfice de l'opération, s'il y en eut, fut généralement de courte durée, et les malades que M. Forget a pu suivre, à l'exception des deux précédentes, succombèrent à des récidives.

Passant à un autre point, M. Forget se demande si la méthode de l'écrasement linéaire met toujours à l'abri de l'hémorrhagie. Lorsque le col est très-vasculaire et très-fongueux, lorsque la tumeur est très-volumineuse, les artères utérines atteignent un volume considérable, et il est douteux que l'écraseur puisse les diviser impunément. Chez une femme que Lisfranc opéra dans la rue Saint-Paul, ces vaisseaux étaient tellement volumineux, que le sang jaillit avec une force incoercible, et que l'opérée mourut entre les mains du chirurgien. C'est, du reste, le seul cas d'hémorrhagie grave que M. Forget ait vu dans la pratique de son maître.

En terminant, il fait remarquer que la question importante dans l'étude du cancer du col utérin, n'est pas de savoir si tel procédé opératoire convient mieux que tel autre, mais bien s'il y a lieu, dans l'intérêt des malades, de pratiquer l'opération d'une manière quelconque.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Hernie dans la tunique vaginale. — M. RICHET, à propos des contestations qui se sont récemment élevées dans la Société sur le siége des hernies dites congéniales, présente des pièces provenant d'un malade qui a succombé à l'hôpital Saint-Louis, après avoir été opéré *in extremis* par M. A. Guérin. On n'a pu avoir que de très-vagues renseignements sur cette hernie; on a su seulement qu'elle existait depuis longtemps, et qu'elle s'était étranglée depuis plusieurs jours. M. Guérin, après l'in-

cision du sac, reconnut que l'intestin était en contact avec le testicule. Il y avait à la partie supérieure du sac une anse sphacélée. L'opéré mourut deux heures après. A l'autopsie, on a reconnu que le débridement avait porté sur le collet du sac, et que la hernie était bien réellement située dans la tunique vaginale. Le conduit vagino-péritonéal est, du reste, très-étroit; le collet est situé à sa partie supérieure.

Fracture spontanée d'un os cancéreux. — M. RICHET présente ensuite le fémur d'une femme cancéreuse morte à l'hôpital Saint-Louis. Cette femme, âgée de quarante-cinq ans, éprouvait de très-vives douleurs dans la cuisse. Un jour, en se retournant dans son lit, elle se fractura le col du fémur. Soupçonnant dès lors l'existence d'un cancer, M. Richet examina la malade et découvrit dans le sein une tumeur dont celle-ci n'avait pas parlé. A l'autopsie, on a trouvé au centre du col du fémur, au niveau de la fracture, une tumeur grosse comme une petite noix, dont la nature cancéreuse a été reconnue au microscope.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, P. BROCA.

Séance du 30 *juin* 1858.

Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. MOREL-LAVALLÉE présente un homme chez lequel il a fait avec le plus grand succès l'application de son appareil en gutta-percha pour maintenir réduite une fracture de la mâchoire inférieure. Voici cette observation :

Fracture du maxillaire inférieur avec déplacement opiniâtre. — Insuccès du bandage ordinaire et de la ligature métallique. — Application de l'appareil en gutta-percha le vingt-quatrième jour. — Succès rapide et complet. — « Le 10 mai 1858 est entré à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, 17, Hennequin (Jean-Baptiste), âgé de trente-neuf ans, poêlier, demeurant avenue de la Roquette, 16.

» C'est un homme d'une forte constitution et d'une bonne santé habituelle. Le jour même, il avait été renversé sur le dos par un cheval, qui l'avait foulé aux pieds.

» Le lendemain matin, à la visite, il était dans l'état suivant : la face présente de larges ecchymoses, et un aplatissement de la joue du

côté gauche. On constate une fracture dont le trait passe verticalement entre les deux incisives médianes et semble conserver cette direction jusqu'au bord opposé de l'os. Le fragment gauche, qui a dû subir la pression du pied du cheval, est déplacé en haut légèrement, et en arrière au point de chevaucher un peu sur l'autre, ainsi que l'indiquait déjà l'aplatissement de la joue. Les deux incisives droites sont brisées dans leurs alvéoles; les deux incisives gauches sont vacillantes, et dépassent très-sensiblement le niveau des dents voisines. Au menton, un peu à droite, existe une plaie contuse d'environ 2 centimètres par laquelle le doigt arrive jusqu'à la fracture.

» Malgré une certaine mobilité des fragments, il fut impossible d'obtenir une réduction complète, et comme le déplacement se reproduisait immédiatement, on se borna à tenter de les immobiliser dans leurs rapports à l'aide d'une bande dont les circonvolutions embrassaient successivement les unes la partie inférieure du maxillaire pour se porter au vertex, les autres la face externe de l'os pour se diriger à la nuque. Cependant, dans le but de refouler peu à peu en arrière le fragment droit, une compresse pliée en plusieurs doubles avait été appliquée sur le menton au niveau de son extrémité antérieure. Ce fut sans succès. Du reste, pas d'accidents, qu'un crachotement sanguinolent qui dura les quinze premiers jours.

» Vers le 20 mai, M. Richet se décida à attacher les fragments ensemble avec un fil d'argent passé, à droite, entre deux petites molaires, à gauche entre la deuxième petite molaire et la première grosse molaire. On dut bientôt renoncer à cette ligature métallique, qui amenait l'ébranlement des dents.

» Quand je pris le service, le 1er juin, les fragments offraient les mêmes déplacements et la même mobilité que le premier jour. En saisissant fortement les fragments avec les doigts, qui, bien qu'imparfaitement, les mettaient en rapport dans les quatre cinquièmes de leur épaisseur, je rétablis à peu près la ligne de l'arcade dentaire. Mais, abandonnés à eux-mêmes, ils reprenaient aussitôt leur position vicieuse. Je n'en avais pas moins obtenu la seule chose qu'il me fallait, c'est-à-dire une réductibilité suffisante. Avec cette condition, s'il y a tendance à la reproduction, cela ne regarde pas mon procédé. Il y avait cependant une complication qui pouvait paraître embarrassante, c'était l'absence des deux incisives droites et l'ébranlement excessif des deux incisives gauches. Ces deux paires de dents, le plus favorablement placées chacune à l'extrémité correspondante des fragments, n'offraient plus de prise ni à la réduction ni à la contention. Instruit par l'expérience,

j'annonçai néanmoins que le succès serait complet, et que les deux incisives qui menaçaient de tomber se consolideraient en même temps que la fracture. L'événement a pleinement répondu à mes prévisions.

» Le 3 juin, je procédai à l'application de l'appareil de gutta-percha de la manière suivante :

» N'ayant pas sous la main de fil de lin, j'embrassai les deux petites molaires gauches avec une anse de fil métallique beaucoup moins commode que le fil végétal à placer et à retirer. Quoi qu'il en soit, les deux bouts de l'anse, ramenés en avant, sont enroulés autour de la partie moyenne d'un bâtonnet de gutta-percha, que je confie à un interne. Cet aide est chargé d'opérer ainsi la réduction et de la maintenir par une traction constante et uniforme pendant l'application et le durcissement de l'appareil. Une lame courbe de gutta-percha ramollie dans l'eau chaude est placée entre les deux arcades dentaires, qui sont à l'instant rapprochées de façon à s'imprimer profondément dans la substance qui leur est interposée. Le malade incline alors la tête pour abaisser un des angles de la bouche. Des injections d'eau glacée sont immédiatement et continuellement poussées par l'angle supérieur, et ressortent par l'autre. En quelques minutes le moule est refroidi et durci. Il est enlevé et taillé à l'aide d'un couteau; puis replacé, pendant que l'aide reprend ses tractions. J'ajoute le ressort, dont la plaque buccale s'adapte sur le moule en gutta-percha, dont la pelote externe loge le menton, et qui concourt ainsi à la solidité et à l'exactitude de la contention.

» Le jour même, le malade mange des soupes, de la mie de pain, et les jours suivants de la viande. Il a, en outre, retrouvé la parole, ce qui est d'une plus grande portée qu'on ne le croirait.

» Le quinzième jour, je lève l'appareil; la consolidation est opérée et les fragments réunis exactement dans les rapports que leur avait donnés la réduction. Les deux incisives gauches ont repris en grande partie leur niveau et leur solidité.

» Le 24 juin, le malade se plaint, à ma grande surprise, de la mauvaise odeur de l'appareil. J'examine le moule et je m'aperçois qu'il est comme feuilleté. J'avais été obligé, pour avoir une épaisseur suffisante, de coller plusieurs minces lames de gutta-percha; la légère couche humide qui les recouvrait avait empêché leur fusion en une seule masse compacte, et les liquides avec des débris d'aliments avaient pu s'insinuer dans les interstices et s'y altérer, d'où la mauvaise odeur. J'appliquai un morceau de gutta-percha taillé dans une seule lame d'un centimètre et demi d'épaisseur, et aucune trace de l'inconvénient ne s'est remontrée.

» Je refroidis le moule par un procédé nouveau, préférable aux injections continues, parce qu'il est plus simple et plus sûr. Le malade aspira l'eau frappée avec un tube de verre et en fit ainsi passer un courant continu sur le moule. Réglant lui-même ce courant, il n'était pas exposé, comme dans l'injection, à des mouvements forcés de déglutition, qui pouvaient contrarier plus ou moins la coaptation.

» Je supprimai le ressort, à raison du degré avancé du cal et de la solidité avec laquelle le moule seul restait en place.

» Cette réunion, obtenue en quinze jours, dans un cas dont M. Richet avait constaté toute la difficulté, paraîtra, j'espère, digne d'attention, surtout si l'on se rappelle que mon appareil n'a été appliqué que vingt-trois jours après l'accident. »

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Bégin, récemment élu membre honoraire, assiste à la séance.

M. BÉGIN remercie ses nouveaux collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en l'associant à leurs travaux.

Amputation du col de l'utérus. — M. HUGUIER demande la parole à l'occasion du procès-verbal ; c'est à lui que M. Forget a fait allusion dans la dernière séance, en disant que Lisfranc n'avait jamais songé à amputer le col de l'utérus pour de simples prolapsus ou pour de simples hypertrophies. M. Huguier veut qu'on sache bien que s'il coupe quelquefois le col dans ces affections, c'est seulement lorsqu'il y a des accidents sérieux, lorsque les femmes souffrent beaucoup, qu'elles sont tout à fait incapables de travailler, et que de plus tous les autres moyens ont échoué. Il explique ensuite pourquoi les opérations de cette catégorie ne lui ont jamais donné d'hémorrhagie inquiétante. C'est parce que l'utérus étant naturellement abaissé et situé près de la vulve, on peut, en divisant le tissu de cet organe couches par couches, lier les vaisseaux à mesure qu'on les ouvre.

ÉLECTIONS. — RENOUVELLEMENT DU BUREAU.

L'ordre du jour appelle les élections pour le renouvellement annuel du bureau. M. le président rappelle, en outre, que la Société aura à procéder à l'élection d'un secrétaire général, qui sera nommé pour cinq ans, en remplacement de M. Marjolin, dont l'exercice est terminé.

M. le président annonce ensuite que la séance solennelle aura lieu cette année le mercredi 14 juillet.

Élection du président. — Votants, 29 ; majorité, 15.

M. Deguise fils obtient.	22 voix.
M. Richet.	5
M. Morel-Lavallée.	2

En conséquence, M. Deguise fils est nommé président pour l'année 1858-1859.

Élection du vice-président. — Votants, 29 ; majorité, 15.

1er tour. —	M. Marjolin obtient.	12 voix.
—	M. Voillemier.	8
—	M. Morel-Lavallée.	5
—	M. Richet.	4
2e tour. —	M. Marjolin.	17
—	M. Voillemier.	9
—	M. Morel-Lavallée.	2
—	M. Richet.	1

M. Marjolin ayant réuni la majorité absolue est nommé vice-président.

Élection du secrétaire général. — Votants, 29 ; majorité, 15.

M. Broca obtient.	17 voix.
M. Verneuil.	6
M. Gosselin.	2
M. Morel-Lavallée.	2
M. Follin.	1
M. Laborie.	1

M. Broca ayant réuni la majorité absolue, est nommé secrétaire général pour cinq ans, du 1er juillet 1858 au 1er juillet 1863.

Élection du secrétaire annuel. — Votants, 27 ; majorité, 14.

M. Guérin obtient.	23 voix.
MM. Richet, Forget, Follin et Morel-Lavallée, chacun.	1

M. Guérin est nommé secrétaire pour l'année 1858-1859.

Élection du vice-secrétaire. — Votants, 27 ; majorité, 14.

1er tour. —	M. Richet obtient	16 voix.
—	M. Morel-Lavallée.	5
—	M. Forget.	3
—	M. Danyau.	2
—	M. Voillemier.	1

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Richet a obtenu la majorité absolue.

M. RICHET remercie ses collègues de la confiance qu'ils viennent de lui témoigner ; mais il craint que l'état de sa santé ne lui permette pas de remplir les fonctions de secrétaire, et regrette de ne pouvoir les accepter.

2e tour. — Votants, 25 ; majorité, 13.

—	M. Laborie obtient.	21 voix.
—	M. Danyau.	2
—	M. Forget.	1
—	M. Huguier.	1

En conséquence, M. Laborie est nommé vice-secrétaire.

Élection du trésorier.

M. Houel est maintenu par acclamation dans ses fonctions de trésorier.

Élection du bibliothécaire archiviste.

M. Verneuil est maintenu par acclamation dans ses fonctions de bibliothécaire archiviste.

Élection du Comité de publication.

Scrutin de liste pour la nomination de trois commissaires.

Votants, 24 ; un billet blanc.

MM.	Follin.	20 voix.
	Laborie.	20
	Morel-Lavallée.	20
	Forget.	5
	Cazeaux.	2
	Gosselin.	1
	Verneuil.	1

En conséquence, MM. Follin, Laborie et Morel-Lavallée sont nommés membres du Comité de publication pour l'année 1858-1859.

La Société n'étant plus en nombre, l'élection de la commission des congés est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. MAISONNEUVE présente les instruments dont il se sert pour les opérations qu'il désigne sous le nom de ligature extemporanée. Ces instruments sont au nombre de trois ; ils sont construits à peu près sur le même modèle, et diffèrent surtout par leur dimension.

Le premier est désigné par M. Maisonneuve sous le nom de *serre-nœud de trousse.* C'est un serre-nœud de Græfe avec une anse en fil de fer, pour les petites opérations.

Le deuxième est désigné sous le nom de *serre-nœud d'appareil.* C'est le même modèle, mais beaucoup plus fort. L'anse métallique est formée de plusieurs fils de fer tordus en corde.

Avec ces deux premiers instruments, M. Maisonneuve exécute toutes les opérations qu'on peut pratiquer au moyen de l'écraseur linéaire de M. Chassaignac. Il a fait construire le troisième instrument, qui est beaucoup plus grand que le second, pour pratiquer l'amputation de la cuisse, et il le désigne sous le nom de *grand constricteur*.

En terminant sa présentation, M. Maisonneuve fait ressortir les avantages de la ligature extemporanée, qu'il considère comme préférable à la méthode de l'écrasement linéaire.

Plusieurs membres font remarquer que l'heure avancée de la séance ne permet pas de procéder à la discussion que soulèvera probablement la présentation de M. Maisonneuve. Cette discussion est renvoyée à la prochaine séance.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la commission du prix Duval.

Le secrétaire annuel, P. Broca.

DEUX CAS D'ANÉVRYSME POPLITÉ

GUÉRIS PAR LA COMPRESSION

ET PRÉSENTÉS A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 5 mai 1858),

PAR M. H. B[on] LARREY,

EX-MÉDECIN EN CHEF, PROFESSEUR AU VAL-DE-GRACE, INSPECTEUR, MEMBRE DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES.

PREMIÈRE OBSERVATION.

M. L..., âgé de cinquante-sept ans, lieutenant en retraite, entré au Val-de-Grâce le 5 avril 1857, est malade depuis cinq mois. C'est un homme d'une constitution robuste, habituellement bien portant; il n'a jamais eu d'autres accidents vénériens que quelques légères ulcéra-

tions sur le gland, ulcérations qui n'ont été suivies d'aucunes manifestations secondaires. Il ne s'est pas livré à des excès de boisson.

Entré jeune dans la cavalerie, il a fait des chutes fréquentes; il a reçu de nombreux coups de pied de cheval; mais il n'a point été gravement blessé. Jamais, avant le mois d'octobre 1856, il n'avait éprouvé la moindre douleur dans les membres, ni la moindre gêne dans la marche. Depuis sa mise à la retraite, il a fait souvent à pied de longues courses, sans la moindre fatigue ni le plus léger engourdissement.

Au mois d'octobre seulement, il commença à ressentir quelques douleurs dans le genou droit; les mouvements de l'articulation étaient moins libres qu'autrefois. Au mois de novembre, il éprouva après la marche une sorte d'engourdissement dans le mollet, avec la sensation d'une tension plus générale dans cette région. Le repos horizontal faisait disparaître ces légers symptômes. Mais au mois de janvier 1855, les douleurs devinrent assez vives pour arracher des cris. Ces douleurs n'étaient point continues; M. L... commençait par éprouver une sensation de tension dans le mollet, puis des crampes très-pénibles; après cinq ou six jours, la tension diminuait et ces douleurs disparaissaient pour reparaître après un intervalle variable (huit à quinze jours). La flexion de la jambe restait encore facile.

Le 27 février 1857, il fit une longue course à pied (de Montrouge, où il demeure, à l'Odéon, et de ce théâtre à Montrouge). En rentrant, il sentit dans sa jambe droite un engourdissement pénible. Le lendemain la tension augmenta, et des douleurs vives se propagèrent à toute la jambe, particulièrement sous le pied; ces douleurs, qu'augmentait le moindre mouvement, ressemblaient à autant de piqûres d'épingle, ou mieux à des déchirements multiples : *Il lui semblait*, dit-il, *avoir une meute après son pied.* Depuis, ces douleurs n'ont pas cessé. La marche est devenue impossible, et même la station debout. Le moindre contact de son pied par terre déterminait des douleurs intolérables. La seule position possible était le décubitus dorsal, le pied légèrement pendant, un coussin sous le mollet. Enfin vers le commencement de mars, il commença à sentir dans le mollet des battements artériels, et dès lors commença aussi la rétraction de la jambe, avec la difficulté dans les mouvements.

Aujourd'hui, 7 avril, l'état général du malade est excellent; il est bien portant, il a de l'embonpoint. Toutes les fonctions viscérales s'exécutent bien, malgré l'insomnie à laquelle il est condamné par les douleurs, depuis plus d'un mois. Il ne peut étendre la jambe, qui est fléchie suivant un angle de près de 90 degrés; il est obligé d'avoir son

coussin sous le mollet. Il se plaint de fortes douleurs sous le pied et près de la malléole interne (trajet du nerf saphène interne); le moindre mouvement imprimé à la jambe les exaspère, la chaleur du lit les augmente. Il n'en éprouve point dans la jambe ni dans le mollet, mais la pression sur ces régions détermine une sorte de gêne ou d'engourdissement. Il accuse à la partie supérieure du mollet des battements qui sont isochrones à ceux du pouls. Le pied est œdématié jusqu'au-dessus des malléoles. La jambe tout entière paraît augmenter de volume.

Le creux poplité est effacé par une tumeur s'étendant surtout au-dessous de l'articulation fémoro-tibiale, occupant toute la largeur du mollet, et faisant saillie principalement en dehors. Dans cette région (à 16 centimètres au-dessous du condyle interne du fémur), la jambe a 0,39^{m} de circonférence; au même point, la jambe saine ne mesure que 0,37^{m}. Quand on cherche à apprécier d'une manière plus exacte la tumeur qui constitue cette augmentation de volume du membre, on voit qu'elle est située profondément sous les muscles qu'elle soulève; elle a environ 8 à 10 centim. de hauteur; elle remonte à 2 ou 3 centim. au-dessus de l'interligne articulaire et s'étend ensuite en bas sur les muscles du mollet. Elle est globuleuse comme un gros œuf de dinde, tendue; elle se laisse déprimer légèrement sans présenter de fluctuation. Il n'y a point autour d'elle de traces d'un travail inflammatoire quelconque. Elle est le siége d'un mouvement d'expansion isochrone aux battements du pouls : les mouvements sont visibles à l'œil et très-sensibles à la main. L'oreille, directement appliquée sur la tumeur, ou mieux à l'aide d'un stéthoscope, y perçoit un bruit de souffle intermittent et très-fort. La compression de la tumeur diminue un peu son volume et produit un engourdissement de la jambe. La compression de la fémorale au-dessus de la tumeur diminue aussi son volume et arrête tous les phénomènes de battements et de souffle qui y sont perçus : cette compression détermine aussi des douleurs vives dans le membre.

L'auscultation du cœur ne montre rien d'anormal dans cet organe.

Les douleurs que détermine la compression et sur la tumeur et sur le trajet de l'artère font renoncer, au moins pour le moment, à l'idée de tenter la compression directe ou indirecte de cette tumeur, dont la nature est évidente. Il s'agit d'un anévrysme poplité, que M. le professeur Larrey veut tenter de guérir, sans recourir cependant à la ligature.

Le pied est couvert d'un bandage roulé, légèrement compressif, et chaque jour oint d'un liniment camphré opiacé. Le malade est placé

dans un lit avec des coussins sous la jambe pour la soutenir. De la glace est mise en permanence sous le mollet, en contact avec la tumeur. — Potion opiacée; régime : un quart de portion. Sous l'influence de ces applications, employées seules jusqu'au 30 juin, l'engorgement du pied diminue, les douleurs spontanées s'affaiblissent aussi dans le pied. La compression sur l'artère fémorale ne fait plus souffrir le malade; mais l'état de la tumeur reste le même.

Le 30 juin, on applique provisoirement sur la cuisse le compresseur de J. L. Petit. Il arrête les battements dans la tumeur, mais il est mal supporté. L'emploi de la glace est continué. L'appareil de M. Broca, modifié pour l'usage particulier, est ensuite appliqué. La compression est faite alternativement vers l'angle inférieur du triangle de Scarpa et au niveau de l'arcade pubienne. L'appareil se déplace et est mal supporté. Après trois jours de son emploi sans succès, on l'abandonne pour le tourniquet simple.

M. Larrey fait fabriquer par M. Charrière un nouvel appareil comprimant le bassin, et muni à son bord droit d'un arc métallique, de l'extrémité duquel descend la vis de compression, qui, par ce moyen, se fait au niveau du pli de l'aine. Le malade peut se mouvoir dans son lit sans déplacer l'appareil subordonné aux mouvements du bassin. Mais la compression, malgré le courage du malade, ne peut être continuée plus d'une demi-heure de suite. Elle est douloureuse au delà. Dans la journée, on la rétablit, ou bien le malade la rétablit lui-même sept ou huit fois. La nuit on ne la maintient point.

Le 12 juillet, amélioration faible. On essaye la compression, au niveau de l'anneau des adducteurs, à l'aide du compresseur fabriqué par M. Charrière pour la marine : les lames de ce tourniquet, par leur longueur, empêchent la compression circulaire du membre. Il est supporté facilement une heure, puis deux heures. Enfin, le 20 juillet, le malade garde la compression quatre à cinq heures de suite.

Cette compression est complète; elle arrête tout à fait les battements de la tumeur et de la pédieuse (les battements de la pédieuse étaient perçus au moment de l'entrée du malade, quoique très faiblement). Elle produit un engourdissement considérable du membre, qui vers la fin devient très-pénible et même insupportable. L'emploi de la glace est continué jusqu'au 29 août.

Jamais la compression n'est maintenue la nuit. Ordinairement appliquée le matin, le malade l'enlève dans l'après-midi, et quelquefois elle est rétablie le soir. En somme, la compression ne dure pas plus de six à huit heures par jour. Seulement le compresseur, moins serré, est

laissé un temps plus long. Le cours du sang, sans être arrêté, est alors ralenti. Le 29 août, une bande roulée est appliquée régulièrement sur le membre jusqu'au compresseur : elle comprime légèrement la tumeur elle-même.

Le 21 septembre, la compression, devenue douloureuse, est interrompue. Le volume de la tumeur n'a pas considérablement diminué, mais sa densité a augmenté. Le mouvement d'expansion n'est plus perçu, mais on sent encore des battements qu'on prendrait plutôt pour des soulèvements. Les douleurs dans la jambe n'ont point reparu. Il n'y a plus d'insomnie comme au début de l'affection. — Applications sur la tumeur de compresses imbibées dans : Eau, 500 grammes. Chlorhydrate d'ammoniaque, 30 grammes.

Le 15 octobre, imminence d'inflammation au niveau de la tumeur; la peau est rouge, douloureuse, le tissu cellulaire œdémateux. Les mouvements du membre, un instant devenus plus faciles, sont douloureux. Les battements sont nuls dans la tumeur. — Cataplasmes; décoction de fleurs de sureau et de têtes de pavot. Disparition rapide des accidents.—La compression, suspendue le 21 septembre, a été rétablie, mais irrégulièrement, le 25 septembre. En moyenne, le malade la gardait deux heures par jour, jusqu'aux menaces d'inflammation, où elle est abandonnée. — Le 28 octobre, on sent de nouveau quelques battements dans la tumeur. Rétablissement de la compression, que le malade garde pendant quatre heures par jour.

Le 1er novembre, tout battement a cessé dans la tumeur; point de soulèvement; l'oreille n'y entend plus de bruit de souffle. Les battements de la pédieuse ont disparu. Le membre est légèrement œdématié, mais il a sa chaleur normale. Les collatérales du genou ne paraissent point développées, au moins leurs battements ne sont point sensibles. On continue la compression.

Le 10, le malade, qui est resté au lit jusqu'à présent, se lève et marche avec des béquilles; la flexion de la jambe sur la cuisse l'empêche de s'appuyer sur son pied. M. Larrey s'occupe alors du redressement du membre avec les plus grandes précautions.—Le 19, un appareil à extension est appliqué pour allonger la jambe. Pendant les premiers jours, on ne fait faire que quelques tours à la vis, de peur de rompre les caillots du sac anévrysmal. Peu à peu pourtant on arrive à une extension progressive, qui enfin le 1er janvier est complète, sans que la tumeur en ait souffert.

Le mollet droit reste toujours plus volumineux que le mollet gauche, et surtout plus élevé. La tumeur qui l'occupe est assez facilement li-

mitée; elle est réduite au volume d'un œuf, dure, non dépressible, insensible à la pression. Elle n'est le siége d'aucun des phénomènes observés plus haut, elle n'offre ni battements; ni expansion, ni souffle. Les battements de la pédieuse ne sont point revenus; mais, du reste, la nutrition s'opère bien dans le membre. On ne sent point davantage les battements des artères collatérales du genou; de sorte qu'il est difficile de savoir par quelle voie le sang se dirige vers la partie inférieure du membre.

M. L... a prolongé son séjour à l'hôpital, parce que sa jambe est devenue le siége d'une éruption furonculeuse ou ecthymateuse assez intense. La rétraction du membre tendrait à se reproduire, si on n'y faisait attention, malgré l'ankylose presque complète du genou.

SECONDE OBSERVATION.

M. P... J..., âgé de soixante ans, capitaine de la garde de Paris, entré au Val-de-Grâce le 11 novembre 1857, sorti le 16 janvier 1858, est malade depuis un an. Entré au service comme volontaire en 1815, puis licencié dans la même année, M. P..... a exercé jusqu'en 1830 la profession de limonadier. Rentré alors dans la garde de Paris, il a toujours fait le service à pied, jusqu'en 1851. Depuis lors il est monté au grade de capitaine commandant. D'une constitution restée robuste, malgré son âge, il se porte habituellement bien. Marié, d'une vie très-sobre, il n'a jamais eu d'affections syphilitiques. Il n'a jamais eu de rhumatisme ni de douleurs précordiales. Son membre inférieur gauche est couvert de varices volumineuses qui se sont ulcérées plusieurs fois. Les ulcères sont aujourd'hui cicatrisés. La présence de ces varices au membre gauche fait qu'il s'appuie de préférence depuis longtemps sur le membre droit.

Point d'accident auquel on puisse rattacher l'affection pour laquelle M. P... entre à l'hôpital. Il a fait une chute de cheval en 1855, mais sans autre suite qu'une petite plaie de la jambe gauche. Quelque temps après, il est tombé sur les reins dans un escalier. Cette chute a été suivie de douleurs qui ont persisté dans la région lombaire.

Il y a un an, M. P... a éprouvé une douleur plus aiguë dans la région iléo-sacrée. Cette douleur s'étendait vers la jambe, s'accompagnait d'engourdissement et le forçait à boiter. Elle était surtout vive sous le jarret. Cette douleur, qu'il prit pour une sciatique, resta à l'état aigu pendant quinze jours, lorsqu'un médecin constata dans le

creux poplité une tuméfaction dont il reconnut la nature anévrysmale. Il conseilla la compression, qui fut faite d'abord avec une bande, puis avec une genouillère. Depuis ce temps, M. P... continua son service, mais avec une claudication continue et par moments des douleurs vives dans le mollet qui arrêtaient la marche subitement. Plusieurs fois le genou est devenu le siége d'un épanchement séreux qui disparaissait par le repos. Aujourd'hui, l'état général est excellent. Il n'y a rien au cœur; le membre gauche est couvert de varices.

Membre droit. — Extension de la jambe complète; mouvements du genou libres, marche facile; seulement le malade se fatigue vite; il ressent alors des douleurs intenses; il souffre dans toute fausse position, même au lit. Quand il se lève pour marcher, il éprouve un peu de pesanteur dans le membre, un sentiment de tension sous le jarret; puis cette tension disparaît, avec elle tout malaise, et il peut marcher. Il ne ressent point de fourmillement dans le membre. Vers le tiers moyen de la jambe, on observe quelques varices.

La moitié supérieure du creux poplité est effacée, le jarret se trouve élargi, le tendon du biceps est refoulé en dehors, et ceux de la patte d'oie sont portés en dedans. Cette disposition est due à une tumeur globuleuse, du volume d'un gros œuf, indolente à la pression, tendue, légèrement dépressible, faisant saillie sous la peau sans lui adhérer, et se continuant profondément dans le creux du jarret. Tous les tissus qui l'entourent ont leur consistance normale et n'adhèrent nullement à sa surface. Cette tumeur est presque fixe, pourtant il est facile de voir qu'elle ne tient point au fémur. Elle est le siége de battements isochrones aux pulsations artérielles. Quand le malade a la jambe étendue, on voit manifestement le genou soulevé par le mouvement expansif de la tumeur, que produit une légère flexion de la jambe. L'oreille, appliquée directement sur la tumeur, perçoit un bruit de souffle énergique et intermittent. La compression sur l'artère fémorale diminue considérablement le volume de la tumeur, la rend plus dépressible et y fait cesser tous les phénomènes de battements, d'expansion et de souffle. An niveau du bord supérieur de la rotule, le genou malade a $0^m,44$ de circonférence; le genou sain a $0^m,375$.

La ligature de l'artère fémorale a été conseillée par M. le professeur Velpeau à M. P... Mais le succès de la compression observé chez le précédent malade décide M. le professeur Larrey à essayer d'abord ce moyen de traitement. — Le 19 novembre 1857, la compression est établie avec le compresseur Charrière, au niveau de l'anneau du troisième

adducteur. Cette compression est supportée six heures (de dix heures du matin à quatre heures du soir). Rétablie à six heures, elle est continuée jusqu'à minuit. Elle n'arrête point complétement les battements dans la tumeur; mais elle produit un engourdissement pénible de la jambe.

Le 20, compression du même point, de cinq heures à huit heures du matin. On établit alors l'appareil de M. Broca, modifié pour le premier malade, afin de maintenir alternativement la compression au pli de l'aine et à l'anneau du troisième adducteur. La compression reste en place seize heures sur vingt-quatre, avec des instants de repos multiples. Elle détermine des douleurs vives. — Le 21, la jambe enfle; la compression est donc diminuée. L'appareil reste douze heures, mais peu serré. Le 23, diminution notable des battements, quoique jamais la compression n'ait été assez forte pour arrêter complétement la circulation artérielle. Insomnie; douleurs dans le membre. Malgré cela, le malade, désireux de guérir, rétablit la compression pendant quatorze heures, à deux reprises, avec les deux appareils.

Du 24 au 30 novembre, la compression alternative reste établie en moyenne dix-huit heures, mais toujours incomplète. Elle est moins pénible. — Le 1er décembre, la compression arrête complétement les battements dans la tumeur, dont la densité augmente; mais cette compression, à ce degré, ne peut être supportée que trois heures, à cause de l'engourdissement du membre. Les 2 et 3, battements à peine sensibles dans la tumeur. Compression renouvelée. — Le 4, les battements redeviennent plus forts. Compression sur les deux points à la fois.

Du 5 au 10, même état. Douleurs parfois très-vives dans le genou, surtout la nuit; fièvre due à l'insomnie et à la douleur. Le malade ne sait comment placer sa jambe; œdème du membre. Mais les battements continuent à être moins forts, et la tumeur semble diminuer; elle n'est plus dure.—Le 11, compression assez bien supportée alternativement sur les deux points pendant dix-huit heures. Le malade se trouve mieux. La compression n'arrête point complétement les battements de la tumeur. Le 12, les battements s'arrêtent complétement pendant la nuit. Les orteils sont froids, engourdis, comme s'ils étaient gelés. Le 13, la compression est enlevée. Le malade se lève pour la première fois. Battements légers dans la tumeur. Compression rétablie six heures le soir. — Du 14 au 19, la compression est supportée avec courage, malgré l'engourdissement pénible qu'elle produit (en moyenne, quinze heures par vingt-quatre heures).

Le 20, tout battement a cessé; on ne sent même pas sous la main

le moindre frottement. L'oreille ne perçoit plus rien dans la tumeur. Le pied est moins engourdi. Compression huit heures sur l'anneau du troisième adducteur. Le 21, idem. Le malade se lève quatre heures. Compression légère presque constante au lit. — Le 23, point de compression le jour, légère la nuit.— Le 24, on perçoit quelques battements; l'oreille entend un léger frôlement dans la tumeur. La compression est rétablie solidement avec les deux appareils, et conservée d'une manière presque continue pendant les vingt-quatre heures. Engourdissement du pied. — Le 26, battements complétement arrêtés (toute compression absente); la chaleur revient au pied. On laisse les compresseurs en place, mais légèrement serrés. Le 31, idem. On constate le développement considérable de l'artère articulaire externe, qui a le volume d'une plume de corbeau et dont les battements sont très-nets. La chaleur du pied continue à augmenter.

Les 1er, 2 et 3 janvier 1858, le malade se lève quatre heures par jour. Il ne sent plus de battements dans la tumeur; il marche facilement, éprouvant seulement un peu de lourdeur dans la jambe.—Le 4, il sent quelques battements pendant la nuit; il met lui-même le compresseur au niveau de l'anneau du troisième adducteur, et le garde de minuit à neuf heures du matin. —Le 5, on ne perçoit plus de battements. Le malade reste levé toute la journée. La tumeur a diminué de moitié; elle est dure, nullement dépressible.

Les 6, 7 et 8, le malade se lève chaque jour, et dans son lit il rétablit une compression légère. Le 8, un peu de frémissement semble exister dans la tumeur. Compression de 15 heures en 2 fois.—Le 9, plus de battements. Compression de 12 heures.—Le 10, idem. Compression, 8 heures.—Le 12 janvier, les battements sont plus sensibles dans l'articulaire externe; les pulsations de la pédieuse existent, mais très-faibles comparées à celles de la pédieuse du pied gauche. —Les 13 et 14, le malade fait encore la compression pendant 4 à 5 heures.

Le 15, l'absence des battements dans la tumeur est de nouveau bien constatée; la réduction de la tumeur, son induration, sont aussi sûrement reconnues. La circulation dans la jambe est rétablie; la chaleur du pied, les pulsations de la pédieuse en sont une preuve. Le malade marche facilement. Le 16 enfin, il demande à sortir de l'hôpital.

— On doit remarquer, dans cette observation, que la compression n'a point été établie de manière à arrêter les battements dès les premiers jours. Pourtant, faite comme elle l'était, il a fallu toute l'énergie du malade pour la supporter. Le 1er décembre seulement les batte-

ments ont été arrêtés par la compression ; elle n'a pu être supportée à ce degré. Mais la volonté, la patience de M. P..., le soin qu'il mit à conserver la compression pendant des journées entières, ont amené cette rapide guérison.

Séance du 7 juillet 1858.

Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Trachéotomie ancienne. — M. GUERSANT présente un jeune homme âgé de dix-huit ans, qui a subi la trachéotomie en juin 1857, et qui depuis lors a été obligé de conserver constamment sa canule. L'accident qui a nécessité cette opération est survenu à la suite d'une fièvre typhoïde, mais on ne peut aujourd'hui en déterminer la nature. Le malade croit avoir entendu dire qu'il s'agissait d'une nécrose du larynx; mais ce renseignement ne peut être considéré comme certain. Plusieurs fois on a essayé de retirer la canule; il a fallu la replacer promptement parce que l'asphyxie recommençait. Le larynx est cependant très-perméable, puisque le malade peut parler distinctement en bouchant avec le doigt l'ouverture extérieure de sa canule. Les cordes vocales paraissent donc n'être pas altérées ; mais le larynx s'est sans doute rétréci, comme cela s'observe quelquefois par suite du séjour prolongé des canules dans la trachée. M. Guersant se demande et demande à ses collègues s'il y a lieu de faire quelque chose pour arriver à débarrasser ce malade de sa canule.

M. RICHARD a vu trois individus, deux hommes et une femme, qui, comme le malade de M. Guersant, ont été obligés, après l'opération de de la trachéotomie, de conserver définitivement leur canule. Chez eux l'opération datait d'une dizaine d'années environ, et chaque fois qu'on voulait enlever la canule, l'asphyxie recommençait. Les faits de ce genre ne sont pas rares. Pendant les premiers temps qui suivent l'opération, la colonne d'air passe tout entière à travers la canule, et le larynx, ne fonctionnant plus, revient sur lui-même à un degré suffisant pour expliquer les accidents qui surviennent après l'ablation de la canule.

M. DEGUISE propose de remplacer la canule que porte le malade par la canule à fenêtre et à soupape d'Aug. Bérard. L'inspiration se faisant librement par la canule, il n'y aura pas à craindre l'asphyxie, et, l'expiration se faisant tout entière par le larynx, il y a lieu d'espérer que cet organe se dilatera peu à peu. Au bout de quelque temps, on pourra essayer d'enlever la canule. Lors même qu'on ne devrait pas y réussir, la canule à soupape aurait sur la canule simple l'avantage considérable de rétablir la phonation.

M. CHASSAIGNAC pense qu'on pourrait chercher à dilater le larynx au moyen de la canule présentée il y a trois ans par M. Richet à la Société de chirurgie. Cette canule, comme on sait, est composée de deux tubes, l'un descendant dans la trachée, l'autre remontant dans le larynx.

Epithelioma de la langue. Récidive tardive dans les ganglions. — **M. CHASSAIGNAC** présente un homme à qui il a amputé la langue il y a deux ans, au moyen de l'écraseur linéaire, pour un épithélioma. L'ablation de la tumeur a été complète, et aujourd'hui encore la cicatrice est parfaitement saine. Mais il est survenu depuis quelques mois un engorgement dans les ganglions sous-maxillaires. La santé générale est excellente ; la tumeur nouvelle paraît circonscrite, et il y a lieu de se demander si une seconde opération pourrait réussir comme la première. Mais ce n'est pas le but principal de la présentation de M. Chassaignac. Il se propose surtout de prouver que l'ablation des épithéliomas de la langue peut donner, quoi qu'on en ait dit, des résultats avantageux.

Dans le cas actuel le mal s'étendait à la plus grande partie de la langue ; il y avait une large ulcération qui faisait des progrès rapides, et qui avait déjà donné lieu à plusieurs hémorrhagies ; il ne paraissait pas possible que le malade vécût plus de deux ou trois mois. L'opération n'a été suivie d'aucun accident sérieux ; la cicatrisation a été prompte ; il s'est écoulé plus d'un an sans aucune apparence de récidive, et quoi qu'il advienne ultérieurement, on peut déjà affirmer que la vie a été prolongée de deux ans au moins. M. Chassaignac connaît d'autres opérés qui, à la suite de la même opération, ont vécu deux, trois, quatre, et même cinq ans sans récidive. Il pense donc que l'épithélioma de la langue doit être opéré toutes les fois qu'il est possible d'en dépasser les limites.

M. RICHARD pense que ces cas heureux sont très-exceptionnels. Presque toujours les épithéliomas de la langue récidivent très-promptement.

M. HUGUIER insiste sur la nécessité d'opérer l'épithélioma le plus tôt possible. Le fait de M. Chassaignac prouve combien l'intervention de la chirurgie est utile dans le traitement de cette affection. Il n'y a, en effet, aucune trace de récidive dans la cicatrice; c'est seulement dans les ganglions que le mal s'est reproduit, et si on eût pu faire l'opération plus tôt, avant le début de la contamination ganglionnaire, le malade, selon toutes probabilités, serait radicalement guéri.

M. VERNEUIL saisit cette occasion pour donner des nouvelles de deux malades à qui il a amputé la langue pour des épithéliomas, et dont il a parlé l'année dernière à la Société. Le premier a eu une récidive prompte dans la cicatrice et dans les ganglions, et a succombé au bout de peu de temps; mais tout permet de croire que l'ablation avait été incomplète. Chez le second malade, le mal paraissait enlevé en totalité. M. Verneuil a revu cet homme il y a peu de temps; il y avait déjà sur la cicatrice un commencement de récidive, mais c'était peu de chose encore; les ganglions étaient sains, l'état général était excellent, et on pouvait compter sur le succès, au moins temporaire, d'une nouvelle opération. M. Verneuil ne sait ce que cet homme est devenu aujourd'hui; l'opération dans ce cas a certainement prolongé la vie.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. GOYRAND, membre correspondant de la Société à Aix, en Provence, adresse un mémoire manuscrit dont il sera donné lecture dans une prochaine séance.

COMMUNICATION.

Amputation sus-malléolaire. — **M. LABORIE** a actuellement dans son service à l'Asile de Vincennes deux hommes qui ont subi dans les hôpitaux de Paris l'amputation sus malléolaire, et qui ne sont pas encore guéris. Il présente à la Société le moule en plâtre des deux moignons, et communique les deux notes suivantes:

» 1° Théodore Lévêque, vingt-quatre ans, amputé le 18 mai 1857 par M. Chassaignac.

» Le malade était atteint d'une arthrite de cause traumatique, produite par une chute de cheval, sept ou huit mois avant son entrée à l'hôpital. Quinze jours après l'amputation, un abcès se forma à la partie externe de l'articulation fémoro tibiale; par l'ouverture de cet abcès sortit une petite esquille. Le foyer se cicatrisa peu de temps après.

» Quant à la cicatrice du moignon, elle était obtenue trois mois après l'amputation.

» Un peu au-dessus de la section du membre se formèrent de nouveaux abcès également ossifluents. Ces trajets, devenus fistuleux, se cicatrisèrent péniblement ; puis, à mesure que le malade put prendre un peu d'exercice, le moignon s'ulcéra.

» Aujourd'hui, voici l'état du membre, quatorze mois après l'opération.

» L'amputation a été faite à dix centimètres environ au-dessus de l'extrémité de la malléole externe. La peau est mobile sur l'extrémité des os; elle est saine, excepté à la partie un peu externe et postérieure du moignon, où existe une ulcération superficielle, elliptique, de 2 centimètres et demi de diamètre. Une ou deux plicatures peu profondes de la peau se rendent vers cette ulcération. L'examen le plus attentif, les recherches les plus minutieuses ne permettent de trouver sur cette ulcération aucun trajet fistuleux pénétrant dans l'épaisseur du moignon, ou se rendant près des surfaces osseuses.

» La peau se tend fortement pendant les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse, et le malade éprouve une douleur assez vive sur l'extrémité du moignon par le fait de ces mouvements.

» Le membre sain, mesuré au niveau de la saillie du mollet, donne 33 centimètres. Le membre amputé, mesuré au même point, donne 24 centimètres seulement.

» 2° Charles Riou, dix-sept ans.

» Tumeur blanche dont les débuts datent de six ans. Abcès articulaires, etc., etc...

» Cet homme, entré à la Pitié, dans le service de M. Maisonneuve, le 11 février 1858, fut amputé le 19 par le procédé de la fracture et de la section linéaire.

» Il y eut consécutivement beaucoup de suppuration. Quinze jours après l'amputation, il se forma un abcès à la partie externe du moignon.

» *Etat actuel du membre.* — La peau est mobile au niveau des os ; elle est assez tendue. Au centre du moignon existe une ulcération qui ne s'est jamais cicatrisée ; elle a l'étendue d'une pièce de deux francs ; elle est tout à fait superficielle. Pas de douleur pendant la flexion.

» L'amputation a porté à six centimètres au-dessus des malléoles.

» Au niveau de la partie saillante des muscles du mollet, la circonférence du membre est diminuée d'environ 15 millimètres. »

Après avoir communiqué ces deux faits, M. Laborie ajoute qu'il n'a nullement l'intention d'attaquer l'amputation sus-malléolaire. Il est au

contraire partisan de cette opération, qui est incomparablement moins grave que l'opération au lieu d'élection. La différence de gravité est assez grande et assez évidente pour que cette considération doive l'emporter sur toutes les autres, quelle que soit d'ailleurs la position sociale ou la profession des malades. Mais c'est précisément parce qu'on est obligé de donner la préférence à l'amputation sus-malléolaire qu'il importe d'en étudier avec soin les résultats définitifs. Il est clair que cette opération laisse quelque chose à désirer, qu'elle a besoin d'être encore perfectionnée. La connaissance des accidents qui surviennent sur le moignon conduira peut-être les chirurgiens à introduire dans le manuel opératoire des modifications propres à assurer la solidité de la cicatrice.

M. ROBERT pense que, dans l'étude des résultats définitifs des amputations, il faut tenir grand compte de la méthode ou du procédé qui a été mis en usage, car la situation et la disposition des cicatrices jouent un rôle très-important dans la production des accidents tardifs. L'ulcération consécutive du moignon est un inconvénient qui appartient surtout à l'amputation par la méthode circulaire. M. Robert préfère de beaucoup pour toutes les amputations de la jambe la méthode à deux lambeaux, l'un postérieur plus grand et plus épais, l'autre antérieur plus mince et plus court. On obtient ainsi une cicatrice linéaire très-solide, transversale ou plutôt légèrement oblique, au lieu de la cicatrice centrale, froncée et enfoncée de l'amputation circulaire.

M. Robert, en terminant, demande à MM. Chassaignac et Maisonneuve des renseignements sur les méthodes d'amputation qu'ils ont mises en usage chez les deux malades dont M. Laborie vient d'entretenir la Société.

M. CHASSAIGNAC répond qu'il a suivi le procédé de M. Lenoir; c'est, comme on sait, une modification de la méthode circulaire. Sans prétendre qu'il n'y ait aucune liaison entre la nature du procédé opératoire et la production de l'ulcération consécutive du moignon, M. Chassaignac pense que cet accident dépend en grande partie de la nature des appareils prothétiques que l'on adapte au membre après la guérison. Il cite à ce propos l'observation d'un ancien cuirassier à qui il coupa la jambe au-dessus des malléoles. Cet homme guérit assez promptement, et se fit faire lui-même un appareil qui, au lieu de prendre son point d'appui sur l'ischion, le prenait sur la jambe. La cicatrice s'ulcéra, et l'amputé alla passer quelque temps à l'asile de Vincennes. M. Chassaignac l'a revu depuis sa sortie de l'asile; il est

maintenant bien guéri, et marche aisément avec un meilleur appareil.

M. VERNEUIL, comme M. Robert, donne la préférence à la méthode à lambeaux, aussi bien pour l'amputation au lieu d'élection que pour l'amputation sus-malléolaire. Cette méthode donne de meilleurs moignons que la méthode circulaire, et M. Verneuil, d'après son expérience personnelle, est disposé à la considérer comme moins grave.

M. VOILLEMIER. Les objections qu'on élève contre la méthode circulaire s'adressent surtout aux anciens procédés, dans lesquels on formait la manchette avec la peau disséquée. Mais dans le procédé de M. Lenoir, on ne dissèque la peau qu'à la partie antérieure; en arrière, on conserve avec la peau toutes les parties molles qu'on détache des os par un coup de couteau oblique. Ce procédé, qui a été créé pour l'amputation sus-malléolaire, mais qui est applicable aussi au lieu d'élection, permet de conserver dans le moignon autant de chairs qu'on en peut désirer. M. Robert vante les résultats de la méthode à lambeaux, qui a eu effectivement beaucoup de succès; mais la méthode circulaire en a eu au moins autant. Toutes deux sont bonnes par conséquent, et on conçoit que chacune d'elles ait des partisans. M. Voillemier est disposé à croire que la méthode circulaire vaut un peu mieux que l'autre. Au reste, il pense que les accidents d'ulcération consécutive dépendent moins de la méthode opératoire que de la nature de la cicatrice que l'on obtient. Les cicatrices d'*affrontement*, c'est-à-dire celles qui unissent directement les parties molles du moignon, sont solides. Les cicatrices de *surface*, qui se produisent lorsque les chairs sont écartées et qui forment des membranes minces et adhérentes aux os, se rouvrent au contraire très-facilement. La méthode à lambeaux ne met pas plus que la méthode circulaire à l'abri de ce dernier mode de cicatrisation, qui peut survenir sur les moignons les mieux constitués, à la suite des opérations les mieux faites, et qui dépend de la rétraction consécutive des chairs. Les cicatrices de surface se produisent à plus forte raison lorsque l'opérateur n'a pas conservé une quantité de parties molles suffisante pour recouvrir entièrement les os, quelle que soit d'ailleurs la méthode employée et quelle que soit l'amputation pratiquée.

Dans les deux cas présentés par M. Laborie, les cicatrices présentent cette dernière forme. L'opéré de M. Chassaignac a eu, à la suite de l'amputation, plusieurs abcès à la jambe; cet accident, qui se serait produit tout aussi bien après une amputation à lambeaux, explique très-bien la rétraction des chairs et la largeur de la cicatrice.

L'opéré de M. Maisonneuve a eu également un abcès; mais, de plus, il a été amputé par un procédé insolite. Les os ont d'abord été cassés, puis les parties molles ont été coupées au moyen de l'instrument que M. Maisonneuve désigne sous le nom de *grand constricteur*, et qui a été montré ici dans la dernière séance. M. Voillemier se demande si dans ce dernier cas il y avait assez de chairs pour recouvrir les os. Il conclut en disant que ces deux faits ne prouvent rien contre l'amputation sus-malléolaire.

M. MAISONNEUVE donne des renseignements sur celui des deux malades en question qui a été opéré par lui. L'amputation a été faite par la méthode diaclastique; mais ce n'est pas à cette méthode que sont dus les accidents du moignon, ils sont dus surtout à la mauvaise constitution du malade. L'appareil prothétique était, en outre, défectueux. L'ulcération de la cicatrice s'est refermée et rouverte plusieurs fois.

M. Maisonneuve ne veut pas anticiper aujourd'hui sur la discussion de sa méthode, discussion qui est renvoyée à une prochaine séance; mais il annonce dès maintenant qu'il conserve autant de chairs que dans les amputations circulaires faites avec le couteau. Ce n'est donc pas le défaut de parties molles qui a été la cause des accidents survenus consécutivement sur le moignon de son amputé.

M. HUGUIER signale la différence des résultats ultérieurs des amputations sus-malléolaires, suivant qu'elles sont pratiquées pour cause traumatique ou pour cause pathologique. Les premières donnent des guérisons bien plus solides que les dernières. M. Huguier a gardé dans son service, pendant cinq mois, un homme que M. Lenoir avait amputé au-dessus des malléoles pour une cause pathologique. Il y avait sur le moignon une ulcération qui s'est refermée il y a huit jours seulement. Comme M. Robert, M. Huguier donne la préférence à la méthode à deux lambeaux; de plus, il a l'habitude d'abattre d'un trait de scie oblique l'angle antérieur du tibia, comme on le fait pour l'amputation au lieu d'élection. Sans cette précaution, le lambeau antérieur est exposé à se gangréner ou au moins à se perforer.

M. MICHON pense que les amputations pathologiques donnent d'aussi bons résultats que les autres, pourvu qu'on enlève tout le mal. Il se prononce également pour la méthode à lambeaux, qui a sur la méthode circulaire le double avantage d'être plus facile à exécuter, et de donner des moignons bien plus solides. Les tendons postérieurs, conservés dans le lambeau principal, viennent se fixer dans la cicatrice au-

devant de l'os. Les muscles jumeaux continuent donc à agir sur la jambe, et cela suffit pour entretenir leur nutrition. La jambe s'atrophie ainsi beaucoup moins qu'à la suite de la méthode circulaire. Dans cette dernière méthode, au contraire, le tendon d'Achille, coupé au niveau de la section des os, se rétracte au milieu des parties molles ; il ne contracte aucune adhérence directe avec les os, et la contraction des jumeaux, tiraillant sans cesse la cicatrice, tend à rendre le moignon de plus en plus conique. L'amputation sus-malléolaire doit donc être pratiquée suivant la méthode à lambeaux, et M. Michon pense qu'ainsi les accidents des cicatrices deviendront beaucoup moins fréquents. Il ajoute qu'il faut éviter, dans le traitement consécutif, tout ce qui pourrait favoriser la rétraction des chairs, et il signale les pansements multipliés et les lotions journalières comme une des causes qui favorisent cette rétraction.

L'heure étant trop avancée, M. Robert demande que la discussion sur les instruments de M. Maisonneuve soit renvoyée à la prochaine séance.

RAPPORT.

M. DÉSORMEAUX lit un rapport sur une observation de M. A. Trélat, intitulée *Décollement très-profond du rectum, opéré et guéri par la méthode du pincement ou méthode de Gerdy.*

Conformément aux conclusions du rapport, la Société décide que le travail de M. Trélat sera inséré dans les *Bulletins.*

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Fracture du crâne; fractures de côtes; contusion centrale du poumon. — M. MOREL-LAVALLÉE présente le poumon gauche d'un homme âgé de quarante-cinq ans, qui est mort promptement à la suite de blessures multiples qu'il s'était faites en tombant d'un lieu élevé. L'interne a constaté, avant la mort, que les membres inférieurs étaient paralysés de la sensibilité et du mouvement. Les membres thoraciques n'ont pas été examinés. Le blessé avait d'ailleurs perdu connaissance ; il avait rendu par la bouche une notable quantité de sang. Les pupilles étaient immobiles et dilatées. A l'autopsie, on a trouvé : 1° une petite fracture incomplète de la malléole externe droite, communiquant avec l'extérieur par une petite plaie, et paraissant produite par le choc de la pointe de la malléole sur l'angle d'une pierre ; 2° une fracture du pariétal gauche avec disjonction de la suture lambdoïde. Cette disjonction occupait la partie moyenne de la suture dans une étendue de quatre travers de doigt ; les deux bords de la suture n'étaient plus sur

le même niveau ; il y avait un déplacement suivant l'épaisseur d'environ 2 millimètres ; 3° une contusion superficielle de l'un des lobes cérébraux; cette contusion était caractérisée par un grand nombre de foyers sanguins extrêmement petits et ressemblant au premier abord à un simple piqueté; 4° à la face inférieure du cerveau, un épanchement de sang situé à la fois sous l'arachnoïde et dans la cavité arachnoïdienne; 5° trois fractures de côtes du côté gauche; 6° au niveau de l'un des fragments, le poumon gauche était le siége d'une petite plaie qui communiquait par un trajet étroit, oblique et assez long, avec un vaste foyer sanguin creusé au centre du poumon. En quelques points du parenchyme pulmonaire on apercevait de grosses bulles d'emphysème. Il y avait du sang dans la plèvre; le tissu cellulaire de la paroi thoracique ne présentait aucune trace d'emphysème.

M. Morel-Lavallée attire l'attention de la Société sur la contusion centrale du poumon. S'il n'y avait que la déchirure superficielle, on pourrait l'attribuer à la piqûre du poumon par un fragment de côte ; mais la déchirure profonde ne peut évidemment pas être rapportée à ce mécanisme. M. Morel pense donc que le poumon a été non pas piqué, mais écrasé comme une masse solide. Rien de pareil ne pourrait se produire sur le cadavre. Après la mort, le poumon peut être comprimé indéfiniment sans se rompre; mais sur le vivant cet organe est gorgé de sang, et peut se laisser écraser comme la rate.

M. CHASSAIGNAC compare l'apparence du tissu pulmonaire qui entoure le foyer sanguin à celle des muscles broyés. Il fait remarquer que le poumon est déchiré superficiellement au niveau de l'une des fractures de côtes: cette déchirure paraît produite par la pointe d'un fragment, et cependant il n'y a en ce point aucune adhérence entre la plèvre pariétale et la plèvre viscérale. On sait que plusieurs chirurgiens ont avancé que l'existence d'adhérences anciennes et résistantes au niveau du foyer de la fracture était la condition *sine qua non* de la déchirure du tissu pulmonaire.

M. LARREY rappelle que M. Malgaigne a prouvé depuis longtemps que cette théorie est inexacte, et que le poumon peut être blessé sans adhérence préalable par les fragments des côtes fracturées et enfoncées.

Élection de la commission des congés. — Nomination de trois commissaires au scrutin de liste.

Nombre des votants, 18.

MM. Morel-Lavallée.	15 voix.
Boinet.	13 »
Cazeaux.	8 »
Richet.	8 »

MM. Morel-Lavallée et Boinet, ayant obtenu la majorité absolue, sont nommés membres de la commission des congés pour l'année 1858-59.

Pour éviter un second tour de scrutin, M. le président propose de désigner M. Cazeaux comme troisième commissaire.

Cette proposition est adoptée.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, P. Broca.

FIN DU TOME HUITIÈME.



OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ

DU 1er JUILLET 1857 AU 1er JUILLET 1858.

2662. — DEROUBAIX. Des accidents qui peuvent être la suite des grandes opérations et des moyens de les prévenir. Bruxelles, Lelong, 1857, in-8° br., 2 exempl. (Aut.)

2663. — BONNAFONT. Mémoire sur l'emploi du séton filiforme dans le traitement des tumeurs abcédées en général et en particulier des bubons suppurés, lu à l'Académie des sciences le 8 décembre 1856. Paris, in-8° br. (Aut.)

2664. — Général BOARD of health. Papers relating to the history and practice of vaccination. Presented to both houses of Parliament by command of Her Majesty. London. Ed. Eyre, 1857, petit in-fol. br.; offert par M. Prescott Hewett.

2665. — BEALE (Lionel). On some points in the anatomy of the liver of man and vertebrate animals with directions for injecting the hepatic ducts, and making preparations. London. J. Churchill, 1856, in-8° cart., fig.; offert par M. Prescott Hervett.

2666. — Discussion i det norske medicinske Selskab i Christiania angaaende syphilisationen (copie af norsk magazin for Lœgevidenskaben.) Christiania. Carl. Werner, 1857, in-8° br.

2667. — FAYE (F. C.). Undersogelser angaaende inoculation af vaccineog chankermaterie for at constatere immunitetsfor holdene og deres consequentser. (Copie af norsk magazin for Lœgevidenskahen). Christiania. Carl. Werner, 1857, in-8° br.; offert par l'auteur.

2668. — LARREY (Hyp.). De l'éthérisation sous le rapport de la responsabilité médicale. Discours prononcé à l'Académie impériale de médecine le 23 juin 1857. Paris, J. B. Baillière, 1857, in-8° br.; offert par l'auteur.

2669. — LARREY (Hyp.). Discours prononcé au nom de la Société médicale d'émulation le 16 juillet 1857, à l'occasion de l'inauguration de la statue de Bichat.

2670. — RACIBORSKI. De l'exfoliation physiologique et pathologique de la membrane interne de l'utérus, avec de nouvelles considérations sur les avortements au début de la grossesse. Paris, J. B. Baillière, 1857, in-8° br.

2671. — GALLARD. Qu'est-ce que la fièvre puerpuérale ? Études sur les maladies des femmes en couches. Paris, Labé, 1857, in-8° br. (Aut.)

2672. — Verhoeghe. Une semaine à Berlin, coup d'œil sur l'enseignement médical en Prusse. Extrait des annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges. Bruges, Vanhee-Wante, 1857, in-8° br. (Aut.)

2673. — Verhoeghe. Chéiloplastie à la suite de l'extirpation d'un cancer de la lèvre inférieure, conservation du bord rosé de la lèvre pour reconstituer le contour de la bouche. (Extrait du Bulletin de l'Académie royale de Belgique, tome XVI). Bruxelles, in-8° br., fig., 2 exempl. (Aut.)

2674. — Grosmann (W.). Quædam quæstiones ex medicina forensi de vulneribus sclopetariis. Petropoli, 1857, in-8° br.; offert par M. Heyfelder.

2675. — Torino (Cosme). Des causes de la permanence des luxations latérales externes de la rotule et de leur irréductibilité consécutive. Th. inaug. Paris, Rignoux, in-4° br. (Aut.)

2676. — Quesney (Fr. Alph.). De la conicité du moignon après les mutilations traumatiques du pied. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1857, in-4° br.; offert par M. Verneuil.

2677. — Besson (Louis). Des fractures du maxillaire inférieur. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1857, in-4° br.; offert par M. Verneuil.

2678. — Seutin. Mémoire et observations sur les kystes du cou. (Extrait des Bulletins de l'Académie de médecine de Belgique, tome XII). Bruxelles, 1853, in-8° br. (Aut.)

2679. — Seutin. Mémoire sur la compression temporaire de l'aorte ventrale dans les cas de métrorrhagie grave suite de couches, suivi du rapport par M. de Meyer. Bruxelles, Mortier, 1846, in-8° br. 3 planch. (Aut.)

2680. — Seutin. De l'étranglement herniaire, moyen de le faire cesser sans recourir à l'opération sanglante. Bruxelles, Tircher, 1856, grand in-8° br. (Aut.)

2681. — Albertetti (Giacomo). Intorno alla rottura dell'anchilosi angolare del ginocchio colla flessione forzata previa la tenotomia. Osservazioni storico-pathologiche con fatti clinici desunti dalla pratica del dott. G. Borelli. Torino, Biancardi, 1854, in-8° br.: offert par le Dr Borelli.

2682. — Borelli. Riassunto di una memoria riflettente alcune operazioni chirurghiche essegnite per malattie della mandibola inferiore e per tumori della cavita faringo cranio nasale. Torino, 1857, in-8° br. (Aut.)

2683. — Fabrizi (Paolo). Intorno ad un viaggio fatto a pro' degli infermi indigenti della Corsica durante gli anni 1845, 1846, 1847. Lettera al consiglio generale del dipartimento della Corsica per la sessione del 1847. Seconda edizione. Nizza, 1854, in-4° br. (Aut.)

2684. — Périat (Hector). Recherches historiques sur l'opération du bec-de-lièvre et des avantages qu'il y a à la pratiquer chez les enfants nouveau-nés. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1857, in-4° br. (Aut.)

2685. — Démétropoulos. Quelques réflexions sur le traitement des fistules vésico-vaginales, vésico-utérines et vésico-utéro-vaginales. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1857, in-4° br. (Aut.)

2686. — FABRIZI (Paolo). Résumé des leçons de médecine opératoire acoustique professées à l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris; (*Gazette des hôpitaux*, juillet 1839). Nice, Caisson, 1856, in-8° br., fig. (Aut.)

2687. — FABRIZI (Paolo). Sopra alcuni punti relativi alla rinoplastia. Nizza, Caisson, 1856, in-8° br., fig. (Aut.)

2688. — DEBENEY. Cure radicale des rétrécissements de l'urèthre. Critique des doctrines contemporaines. Paris, Chamerot, 1857, in-8° br. (Aut.)

2689. — ANCELET (E.). Recherches sur les paralysies symptomatiques de la compression intra-crânienne et sur leur signification. Lu à l'Institut le 4 mai 1857. Paris, J. B. Baillière, 1857, in-8° br. (Aut.)

2690. — ANCELET (E.). Parallèle des différents modes de traitement curatif du varicocèle. Vailly (Aisne), 1857, in-8°, br., 1 feuille. (Aut.)

2691. — DUPIERRIS (Marcial). Memorias sobre la topografia medica de la Habana. Habana, 1857, in-8° cart. (Aut.)

2692. — MARTINS (Charles). Nouvelle comparaison des membres pelviens et thoraciques chez l'homme et les mammifères, déduite de la torsion de l'humérus. Extrait des mémoires de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier, tome III. Montpellier, 1857, in-4° br., fig. (Aut.)

2693. — BARTHÉLEMY (Charles). De l'amputation tibio-tarsienne. Th. inaug. Montpellier. Bœhm, 1857. 2 exemplaires adressés par l'auteur pour le prix Duval.

2694. — LECADRE. Études sociales, hygiéniques et médicales sur les ouvriers employés aux travaux du port du Havre. Havre, Lepelletier, in-8° br. (Aut.)

2695. — SIMONIN (Edmond). Compte rendu des travaux de la Société royale des sciences, lettres et arts de Nancy, pendant l'année 1845. Nancy. Grimblot, 1846, in-8° br. (Aut.)

2696. — FOUCHER. Mémoire sur les kystes de la région poplitée. (Extrait des archives générales de médecine, septembre 1856). Paris, Rignoux, 1856, in-8° br. (Aut.)

2697. — HUGUIER. Rapport et considérations sur la désarticulation ou l'ablation complète du maxillaire inférieur. Paris, J. B. Baillière, 1857, in-8° br. (Aut.)

2698. — EULENBURG. Ueber Wesen und Ziel der pädagogischen Gymnastik und über den Verhältniss zur schwedischen Heilgymnastik vom therapeutischen Standpunkte aus betrachtet. Berlin, 1857, in-8° br. (Aut.)

2699. — EULENBURG. Ueber Muskel-Paralysie als Ursache der Gelenkverkrümmungen. Ein Beitrag zur Aetiologie und Therapie der Deformitäten. Berlin, 1856, in-8° br. (Aut.)

2700. — BOUISSON. Tribut à la chirurgie, ou Mémoires sur divers sujets de cette science, tome Ier. Paris, J. B. Baillière, 1858, in-4°, planch. (Aut.)

2701. — HEYFELDER (Oscar). Die Resection des Oberkiefers. Berlin, 1857, in-8° br., fig. (Aut.)

2702. — Plouviez. De la valeur de quelques agents pour remédier aux accidents suites de l'éthérisation. Extrait du *Journal de la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles*. Bruxelles, 1857, in-8° br. (Aut.)

2703. — Green (Horace). On the introduction of the sponge-armed probang in to the larynx and trachea, in-8° br. (Aut.)

2704. — Trélat (Ulysse). De la nécrose causée par le phosphore, thèse de concours pour l'agrégation en chirurgie. Paris, 1857. V. Masson, in-8°, br. (Aut.)

2705. — Ihmsen (Théod.). Disquisitiones physiologico-toxicologicæ de coniino tam puro quam aliis corporibus juncto. Th. inaug. Petropoli, 1857, in-4° br.; offert par M. Heyfelder.

2706. — Böhm (Freid.). Uber die Exarticulation aus dem Hüftgelenk. Th. inaug. Erlangen. Kunstmann, 1854, in-4° br., fig.; offert par M. Heyfelder.

2707. — Gressy (Alexandre). Des imperforations et des atrésies congénitales de la face. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1857, in-4° br. (Aut.)

2708. — Bauchet (L. J.). Histoire anatomo-pathologique des kystes. Mémoire couronné par l'Académie impériale de médecine, 1856. Paris, J. B. Baillière, 1857, in-4° br. (Aut.)

2709. — Bonnafont. Opération de rhino-blépharoplastie. Extrait de l'*Union médicale*. Paris, 1857, in-8° br. (Aut.)

2710. — Bonnafont. Sur l'emploi du séton filiforme dans le traitement des tumeurs abcédées en général, et en particulier des bubons suppurés. Lu à l'Académie des sciences, le 8 décembre 1856. (Voir n° 2663). Paris, 1857, in-8° br. (Aut.)

2711. — Bonjean. Mémoire pratique sur l'emploi médical de l'ergotine. Paris, G. Baillière, 1857, in-8° br.

2712. — Bayard (A.). Influence de la vaccine sur la population ou de la gastro-entérite varioleuse avant et depuis la vaccine, précédée des rapports de MM. Roche et Bricheteau, des observations de M. Ch. Dupin et des propositions de M. Carnot. Paris, V. Masson, 1855, in-8° br. (Aut.)

2713. — Dalpiaz et Fournier. Notice sur l'hydrocotyle asiatica. Paris. Labé, in-8° br.

2714. — Teixeira de Moura. Des phénomènes que présentent les plaies non pénétrantes des articulations. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1838, in-4° br.; offert par M. Marjolin, depuis le n° 2714 inclusivement jusqu'au n° 2721 inclusivement.

2715. — Hartung. De cognoscendis corporis affectionibus ex mentis alienatione. Th inaug. Bonnæ, 1827, in-4° br.

2716. — De la Brussière (Adrien). De l'anévrysme vrai. Th. inaug. Paris, Didot, 1806, in-4° br.

2717. — Brundel (Georges). De œdemate. Th. inaug. Sequitur lectori benevolo, de glandulis, Ab. G. Wolffgang Wedel. Ienæ, 1683, in-4° br.

2718. — Dutard (Pierre). De la position et de la pesanteur dans le traitement de quelques fractures. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1852, in-4° br.

2719. — Rouget. Sur les sécrétions en général et en particulier sur celle de la salive. Th. inaug. Paris, Didot, 1812, in-4° br.

2720. — Fuchs (Joh.-Conrad.). De curatione vexatorum. Th. inaug. Ienæ. 1610, in-4° br.

2721. — Hiertes (August.). De commotionum cerebri tardo periculo. Th. inaug.

2722. — Desprez (Marius). Des polypes nasaux et naso-pharyngiens et de leur traitement par un nouveau procédé opératoire. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1857, in-4° br. fig.

2723. — Gritti. Dell'amputazione del femore al terzo inferiore e della disarticolazione del ginocchio, valore relativo di cadauna, coll' indicazione di un nuovo metodo denominato amputazione del femore ai condili con lembo patellare. Milano, 1857, in-8° br. Estratto dagli Annali universali di medicina. Vol. CLXI. (Aut.)

2724. — Cade (Amable). Réflexions et observations sur l'opportunité de l'opération de la cataracte monocle. Extrait de la *Revue thérapeutique du Midi*, 1850. Montpellier, Martel, 1850, in-8° br.

2725. — Cade (Amable). De l'emploi de l'arnica comme moyen préventif, et de l'aconit comme moyen sédatif de l'inflammation consécutive à l'opération de la cataracte. Extrait de la *Revue thérapeutique du Midi*, 1856. Montpellier, 1856, in-8° br. (Aut.)

2726. — Cade (Amable). Mémoire pratique sur la cataracte, suivi d'un tableau synoptique des opérations de l'auteur, lu le 6 juin 1853 devant la section de médecine de l'Académie des sciences, et lettres de Montpellier. Montpellier, 1854, in-4° br. (Aut.)

2727. — Lala (J. B.). Essai sur les déplacements de l'utérus. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1857, in-4° br. 2 exemplaires adressés pour le prix Duval. (Aut.)

2728. — Boisseau de Mellanville. Des dépôts urineux. Th. inaug. Paris, Didot, 1828, in-4° br. Offert par M. Marjolin, depuis le n° 2728 inclus. jusqu'au n° 2756 inclus.

2729. — Ricord (A.). Dissertation sur quelques points de médecine pratique. Th. inaug. Paris, Didot, 1824, in-4° br.

2730. — Texier (A.). Propositions de médecine et de chirurgie. Th. inaug. Paris, Didot, 1822, in-4° br.

2731. — Laforgue Ste-Rose. Considérations sur les propriétés physiques du calorique et sur les avantages de son application comme moyen thérapeutique. Th. inaug. Paris, Didot, 1819, in-4° br.

2732. — Baillat (J. H.). Essai sur les maladies vénériennes chroniques, déguisées, dégénérées et compliquées. Th. inaug. Paris, Didot, 1804-1808, in-4° br.

2733. — Lecordier (F. J. P.). De la gonorrhée vraie. Th inaug. Paris, in-4° br.

2734. — LANGLET (N.). De punctionis supra pubem in perinæalem analem que præstantiâ. Th. inaug. Paris, Didot, 1804, in-4° br.

2735. — BARRY (David). Recherches expérimentales sur les causes du mouvement du sang dans les veines. Mémoire lu à l'Académie des sciences, le 8 juin 1825, avec le rapport de MM. Cuvier et Duméril. Paris, Crevot, 1825, in-8° br., fig., mais incomplet.

2736. — GONDRET. Examen du rapport de MM. Adelon, Orfila, Ségalas, Andral fils et Pariset, sur les expériences de M. Bary, concernant l'absorption externe. Paris, Ladvocat, 1826, in-8° br.

2737. — SARLANDIÈRE. Mémoire sur la circulation du sang éclairée par la physiologie et la pathologie. Paris, Cordier, 1822, in-8° br., fig.

2738. — TIEDMANN ET GMELIN. Recherches sur la route que prennent diverses substances pour passer de l'estomac et du canal intestinal dans le sang, sur la fonction de la rate et sur les voies cachées de l'urine. Trad. de l'allemand, par Heller. Paris, Méquignon, 1821, in-8° br.

2739. — CARON (J. C. F.). Dissertation sur l'effet mécanique de l'air dans les poumons pendant la respiration, avec des réflexions sur un nouveau moyen de rappeler les noyés à la vie, proposé par le Dr Menziès d'Édimbourg. Paris, Croullebois, an VI, in-8° br.

2740. — DELEAU jeune. Aperçu sur l'abus du vomissement provoqué dans les maladies, avec des réflexions pour venir à l'appui de la doctrine physiologique de M. Broussais. Commercy, 1820, in-8° br.

2741. — PIEDAGNEL. Mémoire sur le vomissement considéré dans l'état sain et dans les maladies cancéreuses de l'estomac. Paris, Méquignon, 1821, in-8° br.

2742. — RUISENO d'AMADOR. Mémoire sur le calcul des probabilités appliqué à la médecine. Paris, J. B. Baillière, 1837, in-8° cart.

2743. — BOUILLAUD. Essai sur les hydropisies en général et particulièrement sur celles qui dépendent d'un obstacle à la circulation veineuse. Extrait du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. In-8° cart.

2744. — DUGÈS. Réponse aux quelques mots de M. Dugès sur les opérations du concours pour la chaire de clinique chirurgicale ouverte à l'École de médecine de Montpellier, le 7 janvier 1834. Montpellier, 1834, in-8° cart.

2745. — VELPEAU. Remarques sur les positions vicieuses et la version du fœtus. Paris, 1830, in-8° cart.

2746. — OLLIVIER d'Angers. Consultation médico-légale sur un cas de blessure par arme à feu. Paris, J. B. Baillière, 1839, in-8° cart.

2747. — GRISOLLE. Histoire des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques. Extrait des *Archives*, 1839. Paris, 1839, in-4° cart.

2748. — RENAULDIN. Dissertation sur l'érysipèle. Th. inaug. Paris, Gabon, 1802, in-8° cart.

2749. — Gerdy. Leçons de clinique chirurgicale sur les luxations de l'avant-bras, sur celles de la jambe et sur les fractures du genou, recueillies et publiées sous ses yeux par M. Baugrand, interne. Extrait des *Archives*. Paris, in-8° cart.

2750. — Velpeau. De l'emploi des mercuriaux dans le traitement de la péritonite. Extrait des *Archives*. Paris, in-8° cart.

2751. — Serre. Recherches sur l'origine et les progrès futurs de la clinique, et sur la méthode à suivre dans l'enseignement de la partie chirurgicale de cette science. Montpellier, Sévalle, 1833, in-8° cart.

2752. — Forget. Recherches cliniques sur le degré de certitude du diagnostic dans les maladies de l'appareil cérébro-spinal. Extrait de la *Gazette médicale de Paris*. Paris, in-8° cart.

2753. — Bérard (Aug.). Mémoire sur quelques tumeurs de la face. Extrait des *Archives*. Paris, in-8° cart.

2754. — Guérin (Jules). Mémoire sur l'éclectisme en médecine, précédé d'un rapport fait à l'Académie royale de médecine par M. Double. Paris, 1831, in-8° cart.

2755. — Jeanselme. Mémoire extrait des leçons cliniques de M. Velpeau sur les tumeurs blanches; exposition nouvelle de ces maladies.

2756. — Guyot (Jules). Mémoire sur la fracture du col du fémur et sur un nouvel appareil propre à la maintenir réduite. Paris, 1834, in-8° cart., fig.

2757. — Saurel. Mémoire sur les tumeurs des gencives connues sous le nom d'épulies. Paris, J. B. Baillière. (Aut.)

2758. — Letenneur. Des devoirs du médecin. Nantes, 1857, in-8° broch. (Aut.)

2759. — Michaux de Louvain. Considérations sur les pieds bots poplités internes. Extrait du *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, tome XV. Bruxelles, 1857, in-8° br.

2760. — Michaux de Louvain. Note sur la résection du coude. Extrait du *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, tome XVI. Bruxelles, 1857, in-8° br. (Aut.)

2761. — Mathijsen. Verhandeling over het gips-verband.

2762. — Bouvier. Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. Année 1857. Déviations de la colonne vertébrale. Paris, J. B. Baillière, 1857, in-8° br. (Aut.)

2763. — Bouchacourt. Du galactocèle et de son traitement par l'incision suivie de la cautérisation. Extrait de la *Gazette médicale de Lyon*. Lyon, Vingtrinier, 1857, in-8° br. (Aut.)

2764. — Dolbeau. Mémoire sur une variété de tumeur sanguine, ou grenouillette sanguine. Paris, Delahaye, 1857, in-8° br. (Aut.)

2765. — Barre. Du diagnostic des lésions profondes de l'œil à l'aide de l'ophthalmoscope et des phosphènes. Montpellier, Ricard, 1857, in-8° br., fig. (Aut.)

2766. — MICHEL de Strasbourg. Du microscope, de ses applications à l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies. Mémoire couronné par l'Académie impériale de médecine, le 16 décembre 1856. Paris, Baillière, in-4° br., fig. (Aut.)

2767. — MAGITOT (Émile). Étude sur le développement et la structure des dents humaines. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1857, in-4 br. (Aut.)

2768. — ROYER (Anatole). Des oblitérations des voies spermatiques et de la rétention spermatique. Th. inaug., adressée pour le prix Duval.

2769. — SIMPSON-BUTTURA. Des médecins attachés aux armées romaines, par Simpson. Trad. de l'anglais par Buttura, et augmenté d'une note additionnelle. Paris, 1857, in-8° br, fig. (Aut.)

2770. — ARNOTT (James). On the expediency of instituting an Academy of medecine in England, illustrated by the prevailing opinions and practice respecting the use of chloroform in operations. London, Churchill, 1857, in-8° br. (Aut.)

2771. — BRODHURST. On displacement of the scapula upwards through paralysis of the serratus magnus muscle, and consequent retraction of the rhomboidei levator anguli scapulæ and trapezius muscles. London, 1857, in-8° br., fig. (Aut.)

2772. — BRODHURST. On forcible extension and rupture of the uniting medium of partialy and ankylosed surfaces. London, 1857, in-8° br., (Aut.)

2773. — DECÈS (Arthur). Des varices artérielles, anévrysmes cirsoïdes, considérés au point de vue de leurs indications et de leur traitement. Th. inaug., adressée pour le prix Duval. Paris, Rignoux, 1857, in-4° br. 2 exempl. (Aut.)

2774. — ANNUAIRE médico-chirurgical des hôpitaux et hospices civils de Paris, ou recueil de mémoires et observations par les médecins et chirurgiens de ces établissements. Paris, Crochard, 1819, 1 vol. in-4° br. Atlas in-fol. (Offert par M. Masson).

2775. LEROY D'ETIOLLES (Raoul). Des paralysies des membres inférieurs, 2me partie, fascicule 1er. Paris, Masson, 1857, in-8° br. (Aut.)

2776. — LEROY d'ETIOLLES (Raoul). Études sur la gravelle, ses caractères physiques, ses anomalies, ses caractères chimiques, ses causes et son traitement. Paris, Masson, in-8° br. (Aut.)

2777. — CHANDELUX. De l'irrigation continue appliquée au traitement de l'ophthalmie. Lyon, Stork, 1858, in-8° br., fig. (Aut.)

2778. — SILBERT d'Aix. De la saignée dans la grossesse, études pratiques sur la valeur des émissions sanguines et sur leur application aux divers ordres d'accidents pathologiques qui peuvent affecter les femmes enceintes. Paris, Masson, 1857, in-8° br. (Aut.)

2779. — GOFFRES. Précis iconographique de bandages, pansements et appareils. Paris, Méquignon-Marvis, 1854, 1 vol. in-12 relié, fig. (Offert par l'éditeur.

2780. — Gorju (Alfred). Observations de maladies de la peau, de la plante du pied : cors, oignons, durillons, verrues, ulcérations, mal perforant. Th. inaug., Paris, Rignoux, 1857, in-4° br. (Aut.)

2781. — Denucé. Note sur quelques faits de pratique chirurgicale. Bordeaux, Gounouilhoux, 1857, in-8° br. (Aut.)

2782. — Abeille. Mémoire sur les injections iodées, présenté le 1er mars 1849 à la Société de médecine de Toulouse, et honoré d'une médaille d'or. Paris, 1849, in-8° br. (Aut.)

2783. — Abeille. Des injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques des lésions osseuses. Extrait du *Moniteur des hôpitaux*. Paris, 1853, in-8° br. (Aut.)

2784. — Scarpa. Atlas des planches de l'ouvrage suivant. Supplément au traité pratique des hernies, ou mémoires anatomiques et chirurgicaux sur ces maladies, suivi d'un nouveau mémoire sur la hernie du périnée, par Scarpa. Paris, Gabon, 1823, in-fol. br., 21 planch. (Offert par M. Larrey.

2785. — Malcaigne. Atlas des planches du traité des fractures et des luxations, 1re partie. Des fractures. Paris, Lecaplain, 1846, in-fol. br., 16 planch. (Offert par M. Larrey).

2786. Manec. — Anatomie analytique du nerf grand sympathique. Paris, Méquignon. 1 feuille grand in-fol. (Offert par M. Larrey).

2787. — Brulatour. Observation de la fracture du col et de la partie supérieure et postérieure de la base de la tête du fémur droit. Bordeaux, 1827. 1 feuille lithographiée, grand in-fol. (Offert par M. Larrey).

2788. — Desgrances. Du traitement des varices par les injections de liqueur iodo-tannique. Paris, 1855, in-8° br. (Aut.)

2789. — Guérault. Observations médicales recueillies pendant le voyage scientifique du prince Napoléon dans les mers du Nord. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1857, in-4° br. (Aut.)

2790. — Burggraeve. Les appareils ouatés, ou nouveau système de déligation pour les fractures, les entorses, les luxations, les arthropathies, etc. Bruxelles, Labroue, 1857, grand in-fol. br., fig. 1er fascicule. (Aut.)

2791. — Malgaigne. Mémoire critique et scientifique sur les nouvelles découvertes de M. Malgaigne dans le traitement et l'anatomie des hernies, présenté à l'Institut le 23 novembre 1835. Paris, in-8° br. (Offert par M. Larrey).

2792. — Crin (Jean). An recens natis balneum frigidum? Remis, 1785, in-4°. 1 feuille. (Offert par M. Marjolin).

2793. — Bouchardat. Archives de physiologie, de thérapeutique et d'hygiène. Paris, G. Baillière, 1854, in-8°. (Aut.)

2794. — Legouest. Des kystes synoviaux du poignet et de la main. Thèse pour le concours de l'agrégation à Paris, 1857. Paris, Delahaye, 1857, in-8° br. (Aut.)

2795. — Legouest. Étude sur les amputations partielles du pied et de la partie inférieure de la jambe. Paris, 1856, in-8° br. (Aut.)

2796. — Viard (Charles). De la gangrène spontanée. Th. inaug. Paris, 1850, in-4° br. (Aut.)

2797. — Ranzi (Andrea). Sui fenomeni iniziali della flussione sanguigna specialmente secondo i risultati delle osservazioni ed esperienze microscopiche, nuovi studii sperimentali e considerazioni intorno all' essenza della flogosi, 1857, in-8° br. (Aut.)

2798. — Legouest. Des congélations observées à Constantinople pendant l'hiver de 1854 à 1855. Paris, 1856, in-8° br. (Aut.)

2799. — Binet (Alfred). Essai sur les varices et les plaies des lymphatiques superficiels. Th. inaug. 2 exempl. adressés pour le prix Duval. Paris, Rignoux, 1858, in-4° br. (Aut.)

2800. Mémoires de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier, section de médecine. Tomes I et II, commençant à l'année 1849. Montpellier, in-4° br., fig.

2801. — Berthole (Joseph). Du mode d'action des muscles dans l'étranglement herniaire et de l'emploi du chloroforme et de la syncope comme adjuvants du taxis. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1858, in-4° br. 2 exemplaires adressés pour le prix Duval. (Aut.)

2802. — Ricord (Ph.). Lettres sur la syphilis adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union médicale*, avec une introduction par Am. Latour. 2e édit. Paris, 1856, in-12 br. (Aut.)

2803. — Ricord (Ph.). Leçons sur le chancre, professées par le Dr Ricord, rédigées et publiées par Alfred Fournier, interne de l'hôpital du Midi, suivies de notes et pièces justificatives. Paris, Delahaye, 1858, in-4° br. (Offert par M. Ricord).

2804. — Cirillo (Dominique). Traité complet et observations pratiques sur les maladies vénériennes, ou nouvelle méthode de guérir radicalement la syphilis la plus invétérée. Trad. de l'italien avec des notes, par C. Auber. Paris, Ar. Bertrand, 1803. 1 vol. in-8° cart. (Offert par M. Larrey, depuis le n° 2804 inclus. jusqu'au n° 2808 inclus.

2805. — Lagneau. Exposé des symptômes de la maladie vénérienne, des diverses méthodes de traitement qui lui sont applicables, et des modifications qu'on doit leur faire subir selon l'âge, le sexe, le tempérament du sujet, les climats, les saisons et les maladies concomitantes. Paris, Gabon, 1815, 4e édit. In-8° relié.

2806. — Coste. Du service des hôpitaux militaires rappelé aux vrais principes. Paris, Croulebois, 1790, 1 vol. in-8° cart.

2807. — Dupuytren. Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, recueillies et publiées par une société de médecins. Bruxelles, Ode et Wodon. 2 tomes en un vol. grand in-8° cart.

2808. — Desruelles. Douze lettres écrites du Val-de-Grâce, sur les maladies vénériennes et sur le traitement qui leur convient d'après l'observation et l'expérimentation pratique. Paris, J. B. Baillière, 1840. 1 vol. in-8° cart.

2809. — Verhaegne. Du bec-de-lièvre double; nouveaux procédés opératoires. Extrait des *Annales de la société médico-chirurgicale de Bruges*. Bruges, 1858, in-8° br., fig. (Aut.)

2810. — Morin. De la nécessité de la création d'un vaste établissement de bains de mer à l'usage de l'armée. Lyon, 1858, in-12 br. (Aut.)

2811. — Michaux, de Louvain. Traitement des anévrysmes chirurgicaux par la compression digitale. Extrait du *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*. Bruxelles, 1858, in-8° br. (Aut.)

2812. — Gertz (Carolus). De eclampsia parturientium. Th. inaug. Rostochii, in-12 br. (Offert par M. Marjolin, depuis le n° 2812 inclus, jusqu'au n° 2819 inclus. Ces diverses notices proviennent de la bibliothèque de Jussieu.

2813. — Farenheim (Æmil). De ætiologia eclampsiæ parturientium, præmissa casus cujusdam enarratione. Th. inaug. Rostochii, 1841, in-12 br.

2814. — Kelling (Gustave). De versione et evolutione fœtus spontanea. Rostochii, 1842, in-12 broché.

2815. — Diemer (Ludov.). De phlebitide uterina additis casibus nonnullis qui apud illustr. Schönlein in nosocomio Berolinensi Caritatis observati sunt. Th. inaug. Rostochii, 1842, in-12 broché.

2816. — Stark (Henri). De phlegmatiæ albæ dolentis natura sive de phlebitide crurali. Th. inaug. Rostochii, 1841, in-12 broché.

2817. — Meyer (Jacobus). Febris puerperalis epidemica. Th. inaug. Rostochii, 1842, in-12 br.

2818. — Geselius (Fred.). De cancro ventriculi. Th. inaug. Rostochii, 1836, in-12 br.

2819. — Sthamer (Henri). De diagnosi morborum hepatis. Th. inaug. Rostochii, 1837, in-12 br.

2810 *bis*. — Kortum. De sanguinis dignitate ad venæ sectionem relata nonnulla. Th. inaug. Rostochii, 1844, in-12 br.

2811 *bis*. — Meyer (Hermann). De gastritide chronica. Th. inaug. Rostochii, 1838, in-8° br.

2812 *bis*. — Friederichs (Carolus). De nova quadam partus præmaturi celebrandi methodo. Th. inaug. Rostochii, 1839, in-8° br.

2813 *bis*. — Techen (Ludov.). De pulmonum emphysemate vesiculari. Rostochii, 1843, in-8° br.

2814 *bis*. — Keil (Frid.). De morbo Brightii. Th. inaug. Rostochii, 1842, in-8° br.

2815 *bis*. — Marcus (Levis). De orchitide. Th. inaug. Rostochii, 1837, in-8° br.

2816 *bis*. — Stolte (Fred.). De scirrhi cancri qua natura et indole. Th. inaug. Rostochii, 1836, in-8° br.

2817 *bis*. — Waldow (Ad. Aug.). De condylomatibus venereis. Th. inaug. Rostochii, 1829, in-8° br.

2818 *bis.* — Huen (Frid. Lud.). De scirrho mammæ. Th. inaug. Rostochii, 1837, in-8° br.

2819 *bis.* — Côme (Fréd.). Défense du lithotome caché. Lettres écrites à M. Mertrud. Paris, d'Houry, 1773, in-12 br.

2820. — Stilling (B.). Ueber die Heilung der organischen Harnröhren-Verengerungen duret die innere Incision mittelst neuen instrumentes. Separat-Abdruck aus der Wiener mediz. Worehenschrift, 1853, in-fol. 2 feuilles br. fig. (Offert par M. Broca).

2821. — Stilling (B.). Die Gefässdurchschlingung (perplicatio vasorum sanguiferorum) eine neue Operation zur Stillung von Blutungen aus grösseren Gefässen. Marburg, in-8°. 1 feuille, fig. (Offert par M. Broca).

2822. — Stilling (B.). Die Künstliche Pupillenbildung in der Sclerotica nebst einem Anhauge über verpflanzung der Horhaut, Keratoplastik. Marburg, in-8°. 1 feuille fig. (Offert par M. Broca.

2823. — Birkett (John). Contributions to the practical surgery of the new growths or tumours. Series 1. Cancer. From Guy's Hospital reports. 3rd. series, vol. III. Londres, 1857, in-8° br. (Aut.)

2824. — Dupont (Émile). Essai sur un nouveau genre de tumeurs de la voûte du crâne formées par du sang en communication avec la circulation veineuse intra-crânienne. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1858. in-4° br. (Aut.)

2825. — Depaul. De la fièvre puerpérale; discours prononcé à l'Académie impériale de médecine, le 8 mars 1858. Paris, J. B. Baillière, 1858, in-8° br. (Aut.)

2826. — Depaul. Rapport présenté à M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, par l'Académie impériale de médecine, sur les vaccinations pratiquées en France, pendant l'année 1855. Paris, imprimerie Impériale, in-8° br. (Aut.)

2827. — Vanzetti (Tito). Priorita del metodo di curare gli aneurismi colla sola mano dovuta alla scuola di chirurgia dell' universita di Padova. Padova, Prosperini, 1858, demi-feuille in-folio. (Aut.)

2828. — Vanzetti (Tito). Cenni sulla dell' infiammazione colla compressione digitale (Estratta dal Giornale veneto di scienze mediche, vol. X, serie II). Venezia, 1858, in-8° br. (Aut.)

2829. — Carvalho (Maximiano). Quelques considérations sur la fièvre jaune, moyens prophylactiques de cette maladie. Paris, 1857, in-4° br. (Aut.)

2830. — Anizon. Études sur les fièvres insidieuses et pernicieuses périodiques observées à Nantes. Nantes, 1858, in-8° br.

2831. — Danyau. De la fièvre puerpérale. Discours prononcé à l'Académie impériale de médecine, le 6 avril 1858. Paris, J. B. Baillière, 1858, in-8° br. (Aut.)

2832. — Rollet. Nouvelles recherches sur le rhumatisme blennorrhagique. Lyon, 1858, in-8° br. (Aut.)

2833. — Beaupoil. De l'eau froide en chirurgie et spécialement dans le traitement des désordres traumatiques de nature contuse. Bruxelles, 1856, in-8° br. (Aut.)

2834. — Beaupoil. Des indications du sulfate de quinine dans certaines formes des maladies aiguës. Metz, 1857, in-8° br. (Aut.)

2835. — Rattier (Léon). Considérations sur les syphilides. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1840, in-4° br. (Offert par M. Marjolin, depuis le n° 2835 inclus. jusqu'au n° 2874 inclus.)

2836. — Duval (Augustin). Des plaies par armes à feu. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1849, in-8° br.

2837. — Lorillard (Pierre). Décrire les caractères physiques des calculs vésicaux, indiquer ceux d'entre eux qui permettent de juger si la lithotritie pourra être pratiquée avec succès. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1845, in-4° br.

2838. — Colas (Anselme). De l'hydrocèle de la tunique vaginale. Paris, Rignoux, 1849, in-4° br. Th. inaug.

2839. — Lizé (Adolphe). Essai sur la rupture de la matrice pendant l'accouchement. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1848, in-4° br.

2840. — Roche (Henri-Louis). Des plaies en général. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1844, in-4° br.

2841. — Parisot (Didier). Des hernies inguinales étranglées. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1848, in-4° br.

2842. — Million (Alexandre). Dissertation sur l'accouchement laborieux terminé par le secours de la main. Paris, Rignoux, 1848, in-4° br.

2843. — Dagincourt (Gustave). Des maladies du col de l'utérus. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1848, in-4° br.

2844. — Cathelotte (Adrien). Du cancer du sein et de ses diverses méthodes de traitement. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1848, in-4° br.

2845. — Barbier (Michel). De l'influence de la menstruation sur les maladies mentales. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1849, in-4° br.

2846. — Dupouy (Alexandre). Des lésions traumatiques des articulations. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1848, in-4° br.

2847. — Dupont (François-Pierre). Du catarrhe utérin, fleurs blanches. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1844, in-4° br.

2848. — Chausit (Joseph-Mau.). Considérations sur les affections papuleuses pour servir à l'histoire des névroses de la peau. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1849, in-4° br.

2849. — Puzin (J. B.). Observations raisonnées sur quelques faits rares de médecine pratique, précédées d'un aperçu topographique. Th. inaug. Paris, Didot, 1809, in-4° br.

2850. — Fauconnier (J. B.). De l'influence des liqueurs alcooliques sur le système nerveux. Th. inaug. Paris, Didot, 1819, in-4° br.

2851. — PRUS (Victor). Quelques observations médicales et chirurgicales précédées d'une discussion sur les forces toniques, et suivies d'une proposition sur le meilleur parti à tirer des observations en général. Th. inaug. Paris, Didot, 1817, in-4° br.

2852. — THIBAULT (P.). Sur la blennorrhagie. Th. inaug. Paris, Didot, 1822, in-4° br.

2853. — SÉGALAS. Expériences sur cette question. Le sang peut-il être le siége de maladies? Extrait des *Archives de médecine*. Paris, 1826, in-8° br.

2854. — JUAN DE VIDOS Y MIRO. Primera parte de medicina, y cirurgia racional y espagirica, sin obra manual de hierro, ni fuego, purificada con el de la caridad, en el crisol de la razon, y experiencia, para alivio de los enfermos, etc. Zaragoça, 1699, 1 vol. in-4°, veau brun.

2855. — LASSABE (Jean). De utero inverso. Th. inaug. Paris, Didot, 1804, in-4° br.

2856. — TILLOLOY (Alex.). Essai sur l'hydropisie de matrice. Th. inaug. Paris, Didot, 1805, in-4° br.

2857. — CHRISTINI (Ignace). Sur la rupture de la matrice à l'époque de l'accouchement, ses causes, ses signes, ses accidents et son traitement. Th. inaug, Paris, Didot, 1804, in-4° br.

2858. — CÉRARDIN (Xavier). Sur la pustule maligne. Th. inaug. Paris, Didot, 1806, in-4° br.

2859. — BAROUX (J. B.). Sur l'hydropisie de l'articulation du bras avec l'épaule. Th. inaug. Paris, Buisson, 1804, in-4° br.

2860. — LIETTE (Adolphe). Considérations sur l'accouchement provoqué. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1848, in-4° br.

2861. — EYSSERIC. De l'hémorrhagie utérine après le travail de l'accouchement. Th. inaug. Paris, Rignoux, in-4°, 1849.

2862. — CHAPSAL. De l'étranglement dans les hernies. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1848.

2863. — MASSON (Charles). De la coïncidence des épidémies de fièvres puerpérales et des épidémies d'érysipèles, de l'analogie et de l'identité de ces deux maladies. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1849, in-4° br.

2864. — TANCHOT (L. V.). De l'accouchement dans la présentation de l'épaule. Th. inaug. Paris. Rignoux, 1848, In-4° br.

2865. — LUQUET (J.). Du lumbago et de son traitement par le chloroforme. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1849, in-4° br.

2866. — JOURDAN (A. R.) Des fractures de la base du crâne. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1849, in-4° br.

2867. — COLLOT (C. N. A.). Des plaies d'armes à feu. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1848, in-4° br.

2868. — BOILEAU, de Castelnau. Des tumeurs blanches et de leur traitement. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1848, in-4° br.

2869. — TUFFIER (J. E.). De cavis splanchnicis aliquot annotationes anatomicæ et physiologicæ. Th. inaug. Paris, Didot, 1822, in-4° br.

2870. — KÉRAUDRÉN. Réflexions sommaires sur le scorbut. Th. inaug. Paris, Didot, 1804, in-4° br.

2871. — BEAUCHÊNE fils. Considérations sur l'organisation de l'œil et sur l'opération de la cataracte appliquée au traitement des animaux. Th. inaug. Paris. Didot, 1809, in-4° br.

2872. — BERNARDIN (A. E.). Sur les avantages que l'on peut tirer de l'application du moxa et de la pratique de l'opération de l'empyème. Th. inaug. Paris, Didot, 1803, in-4° br.

2873. — DEQUEVAUVILLER. De la disposition aux hémorrhagies et des signes au moyen desquels on peut la prévoir. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1844, in-4° br.

2874. — LA BOURDETTE. De la fracture de l'olécrâne. Th. inaug. Paris, Poncelin, 1803, in-4° br.

2875. — WARMONT (A. J.). Recueil d'observations rares de médecine et de chirurgie par P. de Marchettis, professeur d'anatomie et de chirurgie à l'Université de Padoue, traduit en français et précédé d'une étude historique sur la vie et les ouvrages de l'auteur. Th. inaug. Paris, Rignoux, 1858. 1 exempl. in-4° br. 1 exempl. in-8° br. (Aut.) Adressée pour le prix Duval.

2876. — GODARD. Études sur la monorchidie et la cryptorchidie chez l'homme. Extrait des *Mémoires de la Société de biologie*, 1856. Paris, Masson, 1857, in-4° br., fig. Voir n° 2456 du Catalogue (Aut.)

2877. — GALLAVARDIN. L'enseignement clinique en Allemagne, particulièrement à Vienne. Projet de réforme pour l'enseignement clinique en France. Paris, Baillière, 1858, in-8° br. (Aut.)

2878. — ANDREUX, de Bar-le-Duc. Consultations des médecins de la Seine, au sujet du procès du Dr Andreux. Paris, 1855, in-4° br.


FACULTE DE MEDECINE DE PARIS
ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ